



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**“Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com
Doença Arterial Periférica”**

Ângela Raquel Neves Correia

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem à Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

Ângela Raquel Neves Correia

Orientado por: Professora Graça Melo

Co-orientado por: Enfermeira Emília Fradique

2011



AGRADECIMENTOS

À Professora Graça Melo e Enfermeira Emília Fradique, pelo apoio, incentivo, disponibilidade e conhecimentos partilhados.

A todos os profissionais do Hospital Residencial do Mar e Cirurgia Vasculardo Hospital de Santa Maria – CHLN, pela pronta partilha e colaboração neste trabalho.

Aos meus pais, ao meu irmão e ao Rui que sempre acreditaram que a finalização deste trabalho era possível e me estimularam para conseguir mais este objectivo de vida.

Aos meus amigos e familiares pelo incentivo constante, perseverança e carinho com que aceitaram o meu afastamento familiar.

RESUMO

Com este relatório pretendo evidenciar a evolução potenciada pelos estágios no meu exercício profissional de modo a desenvolver competências de enfermeira especialista, clarificando quais os pontos-chave dessa evolução.

Este projecto de estágio “Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica” teve como objectivo geral “Desenvolver competências técnicas, relacionais, científicas e pedagógicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, envolvendo a equipa de enfermagem do HSM-CHLN, para intervir precocemente nos cuidados à Pessoa Idosa a necessitar de Cuidados Paliativos e sua continuidade de cuidados de modo a: a) melhorar o controlo sintomático; b) promover qualidade de cuidados; c) encaminhar correctamente os idosos na sua situação paliativa”.

Ao longo deste trabalho foi dado ênfase à capacidade de identificar situações problema, de reflectir e de debater as várias situações vivenciadas tendo em vista o desenvolvimento de competências nos diferentes estágios.

O estágio no Hospital Residencial do Mar, pela multiplicidade de situações encontradas, implicou conhecimentos e saberes mais amplos e diversificados, foram muitas as experiências vivenciadas de Cuidados Paliativos que implicaram a mobilização de conhecimentos, despertando reflexões e debate.

O estágio no serviço de Cirurgia Vasculiar do HSM-CHLN modificou comportamentos permitindo uma prestação de cuidados mais organizada, planeada, possibilitando uma abordagem holística sustentada em cuidados globais através da teórica Jean Watson, assim como a identificação e correcto encaminhamento de doentes a necessitarem de cuidados paliativos.

Em termos de conclusão, os estágios representaram a importância da construção dos saberes e confirmaram que é na diversidade que encontramos a unidade, podendo constatar que há muito a fazer na área de abordagem ao doente não oncológico em cuidados paliativos e que na nossa prática clínica podemos marcar toda a diferença.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Pessoa Idosa; Doença Arterial Periférica.

ABSTRACT

With this report I intend to highlight the enhanced evolution through the stages in my professional life in order to develop skills of specialist nurse, which clarifies the key points of this evolution.

This draft stage "Palliative Care for the Elderly with Peripheral Arterial Disease" had as general objective "to develop the technical, relational, scientific and educational in Medical-Surgical Nursing, involving the nursing staff of HSM-CHLN to intervene early in the Care for the Elderly need for palliative care and continuity of care in order to: a) improve symptomatic control, b) promote quality of care, c) correctly refer the elderly in palliative situation".

In this work I gave a big emphasis to the ability to identify problem situations, to reflect and discuss the various situations experienced in order to develop skills in different stages.

My internship at the Hospital Residencial do Mar, due to the multiplicity of situations, implied knowledge and learning more broad and diverse, there were many experiences of palliative care involving the mobilization of knowledge, sparking debate and reflection.

The stage in the service of Vascular Surgery of HSM-CHLN changed behaviors allowed with a more organized care, planned, enabling a holistic approach to care supported by comprehensive theoretical Jean Watson, as well as the proper identification and referral of patients requiring palliative care.

In terms of conclusion, the stages represented the importance of knowledge construction and confirmed that is in diversity that we find the unit and can see that there is much to do in the area of non-oncological approach to the patient in palliative care and in our clinical practice we all can make the difference.

KEYWORDS: Palliative care; Elderly; Peripheral Arterial Disease.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	9
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	11
1.1 Metodologia.....	12
2. CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA	14
2.1 Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos	16
2.2 Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa, com Patologia não Neoplásica	18
2.3 Quadro de Referência – Jean Watson	20
3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	22
4. OBJECTIVO ESPECÍFICO I.....	23
4.1 Curso de Medicina Paliativa: Abordagem Multidisciplinar	23
4.2 Hospital Residencial do Mar.....	24
4.3 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	30
5. OBJECTIVO ESPECIFICO II.....	31
5.1 Cirurgia Vasculuar I.....	31
5.2 Diagnóstico de Necessidades dos Enfermeiros da Cirurgia Vasculuar	33
5.3 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	39
6. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	41
7. LIMITAÇÕES/PERSPECTIVAS FUTURAS.....	44
8. REFLEXÃO CRÍTICA.....	45
BIBLIOGRAFIA	47
APÊNDICES	51
Apêndice I – Questionário de Diagnóstico de Necessidades em Cuidados Paliativos dos Enfermeiros da Cirurgia Vasculuar HSM-CHLN	
Apêndice II – Acção de Formação (1ª)	

Apêndice III – Acção de Formação (2ª)

Apêndice IV – Questionário de Diagnóstico de Áreas de Cuidar

ANEXOS 52

Anexo I – Carta de Autorização do Sr. Presidente da Comissão de Ética e da Sr.^a Enf.^a Directora do CHLN – HSM para a realização do Estudo de Investigação

Anexo II – Certificado de Formação Profissional

Anexo III – Avaliação do Estágio no Hospital Residencial do Mar

Anexo IV – Protocolo de Avaliação das Necessidades em Cuidados Paliativos – Sinalização à Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLN

Anexo V – Indicadores de Cuidados Paliativos

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Necessidades de Formação dos Enfermeiros da Cirurgia Vasculuar33

Lista de Abreviaturas e Siglas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CV – Cirurgia Vascular

DAP – Doença arterial Periférica

DGS – Direcção geral de Saúde

Dr. – Doutor

Enf.^a – Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al. – Outros autores

Etc. – Entre outros

EUA – Estados Unidos da América

Ex. – Exemplo

HRM- Hospital Residencial do Mar

HSM- Hospital de Santa Maria

INE – Instituto Nacional de Estatística

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

Prof. – Professor

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Sr.^a – Senhora

INTRODUÇÃO

A tendência de envelhecimento da população continua a crescer (INE, 2009), esta realidade cria novas problemáticas e também novos desafios à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas.

Os idosos são os maiores consumidores de cuidados de ambulatório, domiciliários e hospitalares: maior número de consultas, mais visitas domiciliárias, maior consumo de medicamentos, bem como maior ocupação de camas no internamento, tornando a organização e a prestação de cuidados de saúde aos idosos um problema preocupante (COSTA, 2002), necessitando os profissionais de saúde de maior formação e assistência com este grupo etário.

Este relatório surge assim no âmbito da Unidade Curricular de Opção II – Ensino Clínico, inserido nas actividades pedagógicas do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa Idosa, a decorrer na ESEL, ano lectivo 2009/2011.

A finalidade deste relatório é apresentar o meu processo de formação durante os estágios realizados, no Hospital Residencial do Mar (HRM) e no Serviço de Cirurgia Vasculardo HSM-CHLN, no âmbito dos cuidados paliativos à pessoa idosa, com doença arterial periférica. Foram realizados dois estágios que decorreram sob orientação da Srª Professora Graça Melo e da Srª Enfª Especialista Emília Fradique, com um total de 500 horas, um no Hospital Residencial do Mar, durante o período de 30 de Setembro a 23 de Novembro de 2010. O segundo estágio foi realizado no meu local de trabalho, de maneira a implementar o projecto de estágio, entre 24 de Novembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011.

Na elaboração deste relatório é necessário pensar nos diferentes objectivos que o vão delinear e que vão permitir a sua concepção. Os objectivos a que me proponho com a elaboração deste relatório, sem esquecer os objectivos delineados para o projecto de estágio, são: explicitar as actividades desenvolvidas; reflectir sobre o trabalho desenvolvido no estágio; identificar situações problema e apresentar estratégias de resolução e legitimar o desenvolvimento de novas competências.

O projecto de estágio implementado teve como **finalidade**, “Responder às necessidades do doente idoso com doença crónica de mau prognóstico, internado na

cirurgia vascular, prestando cuidados de enfermagem diferenciados, na área dos cuidados paliativos e sua continuidade de cuidados” e como **objectivo geral** “Desenvolver competências técnicas, relacionais, científicas e pedagógicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, envolvendo a equipa de enfermagem, para intervir precocemente nos cuidados à Pessoa Idosa a necessitar de Cuidados Paliativos e sua continuidade de cuidados de modo a: a) melhorar o controlo sintomático; b) promover qualidade de cuidados; c) encaminhar correctamente os idosos na sua situação paliativa”.

O relatório encontra-se estruturado inicialmente pelo diagnóstico da situação, posteriormente por um breve enquadramento teórico, pelos procedimentos formais e éticos do trabalho, depois encontram-se descritos os objectivos específicos do projecto incluindo as actividades desenvolvidas, sucedendo-se o desenvolvimento das competências adquiridas de enfermeira especialista, as limitações/perspectivas futuras do trabalho e para finalizar uma reflexão crítica das actividades alcançadas.

Foi escolhida a teórica Jean Watson, como quadro conceptual, pois o cuidado transpessoal procura fontes mais profundas de cura interior a fim de proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior de uma pessoa (WATSON, 2002). Acompanhar o processo de cuidados paliativos realça a importância do cuidar humano, onde se destaca o papel do enfermeiro com intervenções propiciadoras de uma melhor qualidade de vida e preservação da dignidade da pessoa doente.

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

As razões pelas desigualdades de acesso aos cuidados paliativos estão por esclarecer, podendo ser por discriminação, falta de habilidade em detectar necessidades, ou problemas mais gerais como a forma em que está estruturado o próprio sistema de saúde (WHO, 2004b).

Há cerca de 4 anos, quando iniciei funções no serviço de Cirurgia Vasculuar, com a observação directa do que se passa com os doentes do foro Vasculuar, fiquei impressionada com os constantes procedimentos invasivos (encarniçamento terapêutico), realizados às pessoas idosas em situação de doença terminal. Estes procedimentos são realizados indiscriminadamente pelos profissionais de saúde, face aos sinais e sintomas provocados pela doença, não olhando a pessoa como um todo. Seria de esperar que num serviço onde a maioria da população internada são idosos, com doenças crónicas de mau prognóstico, tivessem suporte paliativo. No entanto, apenas uma pessoa foi referenciada desde o início da Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos do Hospital de Santa Maria em 2007, onde teve a oportunidade de ter o suporte paliativo necessário.

Face a esta realidade, torna-se importante identificar os doentes a necessitar de suporte paliativo. É algo muito difícil, pois não é possível prever com precisão o prognóstico de um doente (WHO, 2004a), apesar de existirem alguns critérios.

Indicadores clínicos podem ajudar a identificar os doentes não oncológicos, candidatos para a avaliação da necessidade de cuidados paliativos. As orientações sobre cuidados paliativos, gestão da dor e dos sintomas são relevantes para doentes que possuem uma doença crónica de mau prognóstico, não apenas para os doentes com doença oncológica. É necessário ter em mente que o tratamento da doença subjacente pode continuar em paralelo com cuidados de suporte paliativo.

Escolhi desenvolver este projecto no serviço de Cirurgia Vasculuar HSM-CHLN, visto ser onde exerço funções e onde detectei este problema. Julgo que esse facto permitiu maior facilidade de acesso a informação complementar, assim como uma maior facilidade de *follow-up* do trabalho desenvolvido.

Outro elemento, que catalisou a minha decisão, foi o facto de este projecto já ter sido iniciado ao nível do Centro Hospitalar, embora em outros serviços, onde deve haver a preocupação da identificação dos doentes a necessitar de Suporte Paliativo e a posterior referenciação para a equipa intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Esta falha na continuidade de cuidados faz com que muitos dos doentes que têm alta regressem e acabem por falecer na instituição (FOX *et al.*, 1999).

Problema: A pessoa idosa com doença crónica de mau prognóstico, internada em contexto de agudos, não possui cuidados adequados em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão de suporte paliativo.

É necessário fazer um correcto diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com doença arterial periférica e um posterior encaminhamento, para que haja uma continuidade de cuidados e, conseqüentemente, um aumento da qualidade de vida dessa pessoa idosa.

1.1 Metodologia

De forma geral, para avaliar este processo formativo, foi necessário decompô-lo em três partes essenciais: o planeamento, a implementação e a própria avaliação.

Assim, no que diz respeito ao **planeamento** deste processo formativo, a realização e consecução do projecto de estágio foi uma parte essencial. Ao longo do projecto procurei explicitar todas as directrizes deste processo de sensibilização, que foram essenciais para o bom desenvolvimento das restantes fases. As necessidades sentidas pelos profissionais, face ao tema de Cuidados Paliativos, foram elaboradas tendo em conta os questionários aplicados, assim como a própria prática baseada na evidência (PBE).

Na fase de **implementação**, existiram diversos componentes, entre os quais devo referenciar as actividades realizadas no sentido de cumprir os objectivos estabelecidos no projecto de estágio. Neste sentido, considero que os objectivos traçados inicialmente foram atingidos e que, deste modo, as actividades delineadas no cronograma do projecto de estágio foram desenvolvidas.

Em simultâneo sinto que o facto de ter tido a possibilidade de ter estado inserida num Hospital de Referência em Cuidados Paliativos, onde pude prestar cuidados aos

doentes em situação paliativa, foi sem dúvida bastante motivante e promotor de um relacionamento bastante intenso da minha parte com o próprio tema, o que o tornou, no meu entender, ainda mais envolvente, assim como a ajuda da Enf.^a Emília Fradique, a minha co-orientadora, uma perita na área, facilitou a transposição destes cuidados e saberes para o contexto de um hospital de agudos.

Considero que o tema “Cuidados paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica” foi bem acolhido por todos os profissionais do Serviço, sendo que, na generalidade, todos os enfermeiros já tinham manifestado interesse pelo mesmo e demonstraram preocupação pela actualização de conhecimentos.

Na fase de **avaliação** deste processo, considero que o *feedback* obtido, nomeadamente após as sessões de formação, bastante positivo, como se pode ver pelos resultados obtidos com a avaliação da sessão. Outra forma será pelos estudos de caso realizados onde é descrita a melhoria de cuidados aos doentes idosos com doença arterial periférica, assim como a sua referenciação para a equipa de suporte intra-hospitalar de cuidados paliativos do HSM-CHLN.

2. CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

O **envelhecimento** humano poderá ser compreendido como um processo multifactorial de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade. Como forma de involução funcional e morfológica, sempre progressiva, que afecta vários órgãos em particular, tecidos e células (IMAGINÁRIO, 2004).

A tendência de envelhecimento da população continua a crescer de acordo com a estimativa efectuada pelo Instituto Nacional de Estatística, esta reflexão é reforçada através da publicação “Projeções de População Residente em Portugal (2008-2060)” (INE, 2009). O número de idosos aumentará, de 17,4% para 32,4%, sendo cada vez maior o índice de envelhecimento do País, sendo actualmente a esperança média de vida das pessoas de 78,5 anos (DGS, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o termo idoso refere-se a uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, o número crescente de pessoas activas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definitivos. Desta forma, existem autores (KRAUSE, 1994) que acrescentaram à definição da OMS agrupamentos etários mais definitivos, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade).

O envelhecimento caracteriza-se pelo período em que existe um declínio das funções orgânicas, aumentando, assim, a susceptibilidade à eclosão de doenças, que terminam por levar o idoso à morte (FREITAS *et al.*, 2006). No entanto, o factor cronológico não é, de forma alguma, o único factor que explica e/ou determina o envelhecimento. Pelo contrário, existem vários factores determinantes do envelhecimento, nomeadamente: o desenvolvimento dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, a melhoria das condições de vida, o decréscimo da taxa de natalidade e a própria individualidade inerente a cada pessoa.

A fragilidade da pessoa idosa (por idade avançada, alterações sensoriais, risco de quedas, problemas de nutrição, polimedicação), condiciona, com frequência, a sua

saúde, autonomia e bem-estar; obrigando a uma actuação contextualizada e integrada para fazer face aos seus problemas (DGS, 2003).

O avanço da medicina ao longo dos tempos contribuiu, assim, para o aumento da longevidade da população, verificando-se um aumento de doenças crónicas, algumas das quais tornam-se incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada (MATZO *et al*, 2004).

A OMS define **doenças crónicas** como doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta (WHO, 2008) e o Centers for Disease Prevention and Control, define-as como condições que não curam, uma vez adquiridas (NCHS, 2008). Na Europa, as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca, seguindo-se o cancro, a doença respiratória, a diabetes e os problemas de saúde mental (WHO, 2005), não divergindo com as estatísticas portuguesas, cuja principal causa de morte, são as doenças do aparelho circulatório (DGS, 2009).

O fenómeno de doença tem vindo a modificar-se ao longo da história da humanidade, sendo que a morte passou a acontecer com frequência no final de uma doença crónica de mau prognóstico. Em termos mundiais, as doenças crónicas afectam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e a patologia aguda, marcadas pela ocorrência da morte após um curto período de tempo. Assiste-se a um prolongamento crónico de algumas doenças, que persistem, recidivam e requerem terapêuticas por períodos prolongados, sendo estas responsáveis pelo maior número de doenças na Europa (WHO, 2005).

O fenómeno da cura impôs-se no contexto da maioria das doenças agudas e infecciosas, ocorrendo, no entanto, uma emergência das doenças crónicas não transmissíveis, acompanhadas pela ocorrência da morte mais tardiamente e após um longo processo de doença (BARBOSA e NETO, 2006), período cada vez mais prolongado de perda de autonomia que lhes está associado, com implicações no sistema familiar e no sistema de saúde.

Globalmente, a OMS estima que três em cada quatro mortes derivam de doenças crónicas (WHO, 2005). Em Portugal, segundo os dados estatísticos da DGS, as doenças crónicas mais comuns são a hipertensão arterial, a dor crónica e a doença reumática (DGS, 2009). A esperança de vida aumenta, enquanto a natalidade é cada vez mais bem controlada, as intervenções cirúrgicas são cada vez mais audaciosas e

menos invasivas e os métodos de diagnóstico são cada vez mais sofisticados. A cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde. Neste contexto, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são quase considerados como um fracasso da medicina.

Com efeito, a abordagem da fase final da vida tem sido encarada, nos serviços de saúde, como uma “prática estranha e perturbadora”, com a qual é difícil lidar. O hospital, tal como o conhecemos, vocacionou-se e estruturou-se, com elevada sofisticação tecnológica, para tratar activamente a doença. No entanto, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, o hospital raramente está preparado para o tratar e cuidar do seu sofrimento (DGS, 2004).

Quando parece que “nada mais há a fazer” (do ponto de vista curativo), muito ainda pode ser feito (do ponto de vista paliativo). As doenças crónicas avançadas, incuráveis e progressivas exigem cuidados específicos que se englobam dentro de um grupo de cuidados denominados por cuidados paliativos (BARBOSA e NETO, 2006).

2.1 Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos

O conceito contemporâneo de cuidados paliativos tem a sua origem no movimento do hospício moderno. Começando com Cicely Saunders e a abertura do St. Christopher Hospice, em 1967 (em Inglaterra), a filosofia do tratamento paliativo inclui o cuidado holístico (enfatizando necessidades emocionais, sociais e espirituais), tomadas em conjunto com uma abordagem progressiva para a gestão medicamentosa dos sintomas em fim de vida (DOYLE, HANKS e MACDONALD, 1999).

Posteriormente, com Elisabeth Kubler-Ross (nos EUA), os cuidados paliativos começaram a ter progressivamente seguidores por todo o mundo desenvolvido (França, Canadá, entre outros países). Foi um movimento humanista que procurou contrariar a desumanização da morte que ocorria nos hospitais de agudos, principalmente quando se esgotavam as possibilidades de cura. Foi neste contexto que surgiram as primeiras manifestações da necessidade de implementar cuidados rigorosos, científicos e de qualidade para doentes em fase terminal, articulados com o apoio psicológico, social e espiritual, assentes sempre numa atitude de humanidade e compreensão do sofrimento, tendo premente a promoção da autonomia e dignidade da

pessoa doente, o que caracteriza esta prática de cuidados (SECPAL, 2002; BARBOSA e NETO, 2006).

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em quatro grandes áreas de intervenção que devem estar sempre presentes e assumem igual importância, para se poder prestar Cuidados Paliativos de qualidade, sendo eles: o controlo dos sintomas (1), a comunicação adequada com o doente (2), o trabalho em equipa multidisciplinar (3) e o apoio à família (4) (TWYXCROSS, 2003).

Inicialmente, os **cuidados paliativos** foram direccionados para o momento que precede de imediato a morte, visando, essencialmente, o cuidado para os moribundos, doentes agónicos e geralmente associados à progressão de patologias oncológicas. Contudo, progressivamente, o âmbito de intervenção foi-se alargando ao doente terminal, ou doente em fim de vida, em geral. Esta mudança ocorreu não só pelos sucessivos desenvolvimentos dos cuidados paliativos enquanto disciplina específica, mas também por questões de equidade, ética e adaptabilidade ao contexto de doenças crónicas que tem vindo a aumentar. Deste modo, situações como as doenças avançadas de órgãos (cardíaca, renal, hepática, respiratória), a SIDA em estágio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, a fibrose quística (entre outras) passaram a ser potenciais beneficiárias de cuidados paliativos (SECPAL, 2002; ANCP, 2006).

Os cuidados paliativos aplicam-se a todo o tipo de doentes que estão gravemente doentes e não apenas aos doentes terminais e/ou oncológicos, tendo por base o tipo de necessidade e não o diagnóstico do doente (DOYLE, HANKS E MACDONALD, 1999). No entanto, é realmente evidente que, por vezes, pode ser difícil definir doente terminal e a tipologia de doentes em cuidados paliativos.

A abrangência dos cuidados paliativos ultrapassa, por isso, a fase de doença terminal. Existem quatro fases paliativas para as quais urge estar desperto, de forma a adequar os cuidados prestados. São elas, segundo a Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (EAGAR *et al*, 1997), citado por (ANCP, 2006; BARBOSA e NETO, 2006):

- Aguda: fase de desenvolvimento de um problema ou acentuação de um já existente;
- Em deterioração: progresso gradual de problemas, são doentes que ainda não estão na fase seguinte;

- Terminal: fases em que a morte está iminente (dias ou horas - agonia), e não se prevêem intervenções agudas;
- Estável: doentes não inseridos nas outras fases.

Os cuidados paliativos assentam em seis pilares fundamentais, como o de assegurar a vida, mas considerar a morte como um processo normal (1), proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes (2), não apressar, nem adiar a morte (3), integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao doente (4), fornecer suporte de modo a permitir que os doentes vivam tão activamente quanto possível até à morte (5), oferecer apoio à família durante a doença da pessoa e na sua perda (6), (NHS, 2010).

Termino este ponto definindo **acções paliativas**, já que estas são, muitas vezes, confundidas com cuidados paliativos. Acções paliativas são medidas tomadas sem intuito curativo, mas antes com o objectivo de minimizar as repercussões negativas da doença que lesam o bem-estar da pessoa. Estas acções são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução (DGS, 2004), que podem e devem operacionalizar-se no contexto dos hospitais de agudos e inserem-se no âmbito da responsabilidade individual de cada profissional (ANCP, 2006).

2.2 Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa, com Patologia não Neoplásica

Com o objectivo de uniformizar critérios, em 1992, a OMS define Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave (que ameaça a vida) e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

Apesar dos vários critérios, continuam a existir barreiras sobre a igualdade de acesso aos idosos aos cuidados paliativos, através de obstáculos culturais, políticos, médicos e éticos (JONES, 2005), a evidência sugere mesmo que os cuidados paliativos estão a ser negados aos doentes geriátricos, não oncológicos (BRITISH

GERIATRIC SOCIETY, 2010), e que as pessoas idosas são "menos merecedoras" de usufruírem de cuidados paliativos do que as pessoas com menos idade (JONES, 2005).

Face a esta situação, as pessoas idosas são admitidas nos cuidados paliativos muito tarde, não tendo nem o próprio doente nem a família benefício desses cuidados (PAYNE, SEYMOUR e INGLETON, 2004). É neste contexto e face à minha experiência enquanto enfermeira generalista no serviço de cirurgia vascular, constato que os doentes em situação paliativa, não têm acesso a cuidados paliativos de forma equitativa. É necessário admitir por isso caminhos para a resolução deste problema.

Neste sentido, para mim surge a necessidade de investimento na área dos cuidados paliativos à pessoa idosa, uma vez que o seu objectivo consiste em proporcionar a mais elevada qualidade de vida possível ao doente/família/cuidador principal (TWYXCROSS, 2003).

Cuidados paliativos de excelência começam com a percepção do processo e trajectória da doença, indicadores sobre o final da doença e competências dos enfermeiros sobre as diferentes fases do processo de morte de modo a proporcionar cuidados, em fim de vida, de qualidade (MATZO *et. al.*, 2004).

Existem *guidelines* que permitem a identificação precoce de doentes a necessitar de suporte e cuidados paliativos, com indicadores para algumas doenças não oncológicas, nomeadamente doenças cardíacas, neurológicas, renais, cardíacas, entre outras (NHS, 2010). Perdura, assim, uma lacuna para as doenças vasculares, nomeadamente para a doença arterial periférica, cujo internamento no serviço de cirurgia vascular é em maior número.

À medida que aumenta a idade das pessoas, aumenta também a incidência da **doença arterial periférica**, havendo isquémia dos membros inferiores secundárias à aterosclerose. Esta alteração provoca um aumento da resistência periférica, além do fluxo sanguíneo comprometido e uma maior sobrecarga ventricular esquerda. Existem vários factores que alteram o aparecimento e a evolução da aterosclerose, sendo eles, o estilo de vida (alimentação, hábitos tabagicos), a hipertensão arterial, a dislipidémia, a hipercolesterolemia e a Diabetes Mellitus (TASC, 2000).

A suspeita de obstrução é estabelecida a partir dos sintomas descritos pela pessoa (dor muscular na perna) e pela observação física de diminuição ou ausência de pulsos, abaixo de um determinado nível do membro inferior (pulsos periféricos),

extremidades arrefecidas, palidez do membro, diminuição do tempo de enchimento capilar, pele fina e perda de pelos. O médico pode avaliar o fluxo sanguíneo de diversos modos como, por exemplo, através da comparação entre a pressão arterial ao nível do tornozelo e a pressão arterial do braço (índice de pressão braço tornozelo), para certificar se estamos perante uma úlcera de etiologia mista (arterial e venosa), apenas arterial ou venosa, em casos menos evidentes (FARRAJOTA, 1994).

Consoante a gravidade da Doença Arterial Periférica, o tratamento pode ser conservador (controlo dos factores de risco), farmacológico (medicação modificadora da hemostase e vasodilatadora), endovascular (introdução de cateter na artéria que insufla junto da lesão, que faz com que a camada íntima com aterosclerose se rompa e distenda até à camada média) e cirúrgico (revascularização ou amputação), (GREENFIELD *et al.*, 2004).

A gravidade da doença arterial periférica pode ser avaliada pela classificação de Leriche-Fontaine (SILVA, 2004):

- Estádio I fase de latência, descoberta casual;
- Estádio IIa Claudicações intermitentes não incapacitantes;
- Estádio IIb Claudicações incapacitantes;
- Estádio III dor em repouso, alterações tróficas, rubor, dependência;
- Estádio IV Lesões necróticas, úlceras.

O diagnóstico de isquémia crítica dos membros inferiores (estádio IV), em que a revascularização não é possível, prevê um curto prognóstico para o membro e até para a vida do doente. Os doentes devem diminuir, de forma agressiva, os seus riscos cardiovasculares e fazer um correcto tratamento farmacológico, sendo muito do seu cuidar, um cuidado paliativo (TASC, 2000).

Devido à complexidade do envelhecimento, onde várias patologias estão presentes, é necessário responder à complexa interacção física, mental e social que resulta do impacto e consequências que uma doença pode trazer a uma pessoa idosa (HOCKLEY e CLARCK, 2002).

2.3 Quadro de Referência – Jean Watson

Falar de Cuidados Paliativos remete para o conceito de Cuidar. Neste projecto foi escolhida a teórica de Enfermagem Jean Watson, visto que ela defende o Cuidar como o ideal moral da enfermagem, pois o seu objectivo é proteger, melhorar e

preservar a dignidade humana (WATSON, 1999). O cuidado é assim, mais que uma conduta ou uma realização de tarefas, pois envolve a compreensão exacta dos aspectos da saúde e a relação interpessoal entre enfermeiro e doente.

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está a ser cuidado (WATSON, 1999).

A interdependência dos ambientes externos e internos é conhecida pela forte influência na saúde e na doença; pelo que desenvolve mecanismos de regulação internos e externos (biológicos, fisiológicos, psicológicos) que suportam o seu estilo de vida. Neste sentido, remete o nosso pensamento para a noção de que os enfermeiros devem promover suporte, correcção e protecção relativamente a factores externos, como o stress, o conforto, a privacidade, a segurança e a estética do ambiente circundante, para a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Watson, 1999). As intervenções nesta teoria permitem ao enfermeiro ser um co-participante nos agentes de mudança das necessidades do doente, através do processo de cuidar, onde as necessidades humanas básicas podem ser de ordem inferior e de ordem superior, (WATSON, 1985), sendo estas:

- Necessidades de ordem inferior (Biofísicas) – Necessidades de sobrevivência: Alimento e líquido; Eliminação; Ventilação;
- Necessidades de ordem Inferior (Psicofísicas) - Necessidades funcionais: Necessidades de actividade – Inactividade; Sexualidade;
- Necessidades de ordem superior (Psicossociais) – Necessidades Integradas: Realização; Associação;
- Necessidades de ordem superior (necessidades intrapessoal – Interpessoais) – Necessidades de busca e crescimento: Auto-realização.

A qualidade dos cuidados em fim de vida é mais efectiva na perspectiva da pessoa doente e familiar, quando é possível manter o seu estilo de vida e a sua filosofia de vida respeitada. Ao identificar as necessidades sentidas pelo doente, o Enfermeiro, enquanto Pessoa e Profissional, deve ser um “veículo terapêutico” na execução deste cuidado, (WATSON, 2002) promovendo uma mudança positiva com base no bem-estar.

3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para cumprimento dos procedimentos necessários, foram pedidas autorizações à Direcção de Enfermagem e à Comissão de Ética Hospitalar (HSM-CHLN) para aprovação da implementação do projecto de estágio (ANEXO I).

Foram efectuadas reuniões com o Director Clínico do Serviço de Cirurgia Vasculuar, Sr. Professor Doutor Américo Dinis da Gama e com as respectivas Enfermeiras Chefes dos locais de estágio, nomeadamente Sr^a Enf^a Ana Paula Martins Directora do Hospital Residencial do Mar e com a Sr^a Enf^a Elisabete Patrício, enfermeira chefe do Serviço de Cirurgia Vasculuar HSM-CHLN, tendo sido dada autorização para prosseguir com o projecto.

A recolha de dados para a realização de estudos de caso, foi efectuada nos meses de Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011 após a apresentação, esclarecimento e consentimento informado do doente, durante o estágio na cirurgia vasculuar do HSM - CHLN, que em nada foram intrusivos ou expositivos em relação à pessoa idosa e aos profissionais de saúde.

Foram ainda realizados questionários de diagnóstico de necessidades dos enfermeiros da cirurgia Vasculuar do HSM-CHLN onde não foram colocados elementos que possam reconhecer ou identificar, pessoalmente, os enfermeiros.

Na investigação científica, quando são utilizadas pessoas como sujeitos de investigação, é fundamental levar a cabo considerações éticas, pelo que foram respeitados cinco princípios fundamentais, aplicáveis ao ser humano: o direito à auto determinação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e ao prejuízo, assim, como o direito a um tratamento justo e equitativo (FORTIN, 1999).

4. OBJECTIVO ESPECÍFICO I

“Aprofundar Conhecimentos ao nível dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica na área dos Cuidados Paliativos e articulação com equipas/instituições da comunidade”.

Para atingir este objectivo foi necessário realizar um curso de 40 horas sobre “Medicina Paliativa: Abordagem multidisciplinar” (ANEXO II), e realizar um estágio no Hospital Residencial do Mar, de 160 horas (ANEXO III), que se encontram descritos nos pontos seguintes.

4.1 Curso de Medicina Paliativa: Abordagem Multidisciplinar

Actualmente, a morte ocorre cada vez mais em contexto hospitalar. Verificou-se uma mudança importante de realidade nas últimas décadas, as pessoas estão cada vez mais ocupadas, as famílias mais afastadas e as possibilidades de ter um doente em casa são diminutas. Neste contexto, os profissionais de saúde assumem um papel importante no acompanhamento destes doentes e na promoção da sua dignidade até ao final (SECPAL, 2010).

No contexto português, a formação de enfermeiros na área de cuidados paliativos é iniciada tardiamente. Esta temática é apenas abordada de forma superficial nos cursos base, não existindo uma disciplina específica. Como resultado, os profissionais iniciam a sua actividade com vontade de curar e tratar e pouco vocacionados para o paliar, tendo poucos conhecimentos e instrumentos para lidar e cuidar de doentes paliativos (NEVES *et al.*, 2000).

No serviço onde exerço funções actualmente, existe apenas um elemento com formação específica, pós-graduada, nível A (ANCP, 2006) nesta área. No entanto, o número de profissionais interessados nesta área está a crescer e a sensibilização para os cuidados paliativos está a aumentar, sendo necessário proceder à mudança da forma de estar nos cuidados.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte existe uma equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, que realiza cursos nível A – formação pós-graduada de 40

horas (ANCP, 2006) sobre a temática, em que só é possível frequentar 20 profissionais de cada vez, sendo pouca a oferta para tanta procura. Este foi o curso que eu frequentei, que proporcionou um aumento de conhecimentos teóricos e uma base para a procura de mais saberes. Este curso permitiu, assim, desenvolver uma abordagem do doente em situação terminal, assente nos princípios e filosofia dos cuidados paliativos; adequar as medidas terapêuticas ao controlo de sintomas; aplicar estratégias de comunicação com o doente/família/equipa multidisciplinar, com vista à obtenção de uma maior eficácia; tomar decisões no respeito pelos limites de intervenção em Medicina Paliativa e pelos princípios éticos aplicáveis.

No final do curso foi feita uma pequena avaliação formal em que obtive a classificação de Muito Bom.

4.2 Hospital Residencial do Mar

O Hospital Residencial do Mar, unidade do Grupo Espírito Santo Saúde, inaugurada em 2006, introduziu em Portugal um conceito inovador em cuidados de saúde, associando os serviços e as competências tecnológicas e humanas de um hospital, a infra-estruturas hoteleiras de qualidade superior.

O HRM desenvolve a sua oferta em diversas vertentes em:

- Convalescença e reabilitação, sobretudo em situações pós-agudas, com ênfase em patologias do foro neurológico e ortopédico, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais, cirurgia da anca e joelho, cuidados pós-cirúrgicos gerais, entre outros.
- Neuro-estimulação, em particular na doença de Alzheimer, para o que foi desenvolvida uma unidade específica de internamento com diversas especificidades arquitectónicas e funcionais.
- Cuidados paliativos e de apoio à família, abrangendo tipicamente pessoas com patologias permanentes ou terminais, permitindo maior descanso aos cuidadores informais e familiares.
- Acompanhamento de doenças crónicas, com programas específicos e uma intervenção orientada nas agudizações e nas fases mais avançadas de doença.

- Cuidados geriátricos especializados nas vertentes de avaliação e acompanhamento, destacando-se as áreas de promoção da saúde ou de cura e reabilitação em regime de consulta ou de internamento.

O HRM é um recurso da comunidade, sendo que possui setenta e duas camas para doentes de origem privada, trinta e oito para a RNCCI, em que oito dessas são para apoio Paliativo.

O HRM dá apoio a doentes portadores de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base, ou quando existe necessidade de descanso do principal cuidador do doente paliativo, devidamente avaliada e documentada pela entidade que faz o pedido da admissão.

Foi escolhido o Hospital Residencial do Mar como local de estágio, por possuir doentes geriátricos, em situação Paliativa, assim como profissionais de saúde com formação avançada na área e por ser uma instituição de referência na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

O HRM, encontra-se dividido em três pisos, com áreas de actuação diferentes, em que o piso 0 e 1, possui essencialmente doentes em Cuidados Paliativos, geriátricos e doentes em Reabilitação e o Piso 2 com doentes com patologia Demencial.

O estágio estendeu-se por dois meses, de Outubro a Novembro de 2010 com um total de 160 horas, no piso 1. No meu primeiro contacto (30 de Setembro de 2010) com o local de estágio, fui recebida pela Enf.^a Directora Ana Paula Martins, que me apresentou o Hospital. Nesse dia encontrava-se a Enf.^a Ana Raquel Pires (Enfermeira coordenadora do piso 1) com a qual realizei uma entrevista informal, com troca de ideias sobre os objectivos do estágio e as possibilidades de actividades a desenvolver para atingir as competências necessárias.

Posteriormente, estive, a maioria dos dias de estágio, sob a orientação da Enf.^a Inês Dinis, havendo dois dias em que fui orientada pela Enf.^a Rita Barros e quatro dias pela Enf.^a Ana Raquel Pires porque a Enf.^a Inês Dinis se encontrou de férias durante uma semana e pelo facto de ter sido difícil conciliar os meus turnos do HSM, com os turnos a realizar pela minha orientadora (Enf.^a Inês Dinis), por existir um limite de trocas imposto pelo hospital onde exerço funções e de o serviço, actualmente, face à falta de enfermeiros, não permitir ter horas de formação. Tudo isto foi ultrapassado

devido à compreensão por parte da Directora do HRM e à disponibilidade das Enfermeiras com formação avançada (Mestrado em Cuidados Paliativos). No entanto, penso que se tornou uma mais valia ficar com as três enfermeiras com formação avançada, visto estas terem formas muito idênticas de trabalhar e se complementarem ao nível de conhecimentos.

Foi delimitado no projecto de estágio como primeiro objectivo específico “Aprofundar Conhecimentos ao nível dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica na área dos Cuidados Paliativos e articulação com equipas/instituições da comunidade”, em que para atingir esse objectivo foi proposto como actividade o “Estágio nos Cuidados Paliativos do Hospital Residencial do Mar, de forma a recolher informação pertinente, tendo em conta as diferentes características da pessoa idosa, recorrendo ao processo clínico e de enfermagem, exames complementares de diagnóstico; elementos da equipa multidisciplinar, pessoa/cuidador, entre outros”.

Para atingir os objectivos propostos no projecto de estágio, foi necessário um conhecimento efectivo da realidade do serviço. Assim, a primeira semana foi de conhecimento, integração e interacção com a equipa. A equipa de enfermagem do piso 1, em que fiquei integrada, é jovem e dinâmica, com espírito de grupo e inter-ajuda, o que foi determinante na minha adaptação ao espaço físico e na minha orientação nos cuidados aos doentes.

O piso 1 possui trinta e um quartos, dos quais vinte e cinco são individuais e seis duplos, o que se traduz numa taxa de ocupação de trinta e sete camas. Os doentes são maioritariamente doentes geriátricos (84%), havendo doze doentes em Cuidados paliativos (32%), sendo seis com doença não oncológica (16%) a 9 de Novembro de 2010.

Nos cuidados paliativos considera-se quatro vertentes que são encaradas numa perspectiva de igual importância, sendo elas: o Controlo sintomático, a Comunicação adequada, o Apoio à família e o Trabalho em equipa (TWYXCROSS, 2003; DOYLE, HANKS e MACDONALD, 2004; DGS 2004), que irei abordar de modo a descrever as experiências adquiridas.

4.2.1 Controlo Sintomático

A necessidade fundamental no controlo de sintomas trata-se da redução do sofrimento do doente e família e na promoção da máxima qualidade de vida possível, apesar da doença, através de objectivos terapêuticos e a promoção do conforto (DOYLE, HANKS e MACDONALD, 1999).

O controlo sintomático, com a utilização de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo, assim como a adequação de intervenções dirigidas aos problemas do doente são fundamentais para o seu conforto. Utilizar medidas terapêuticas antecipativas, estabelecer planos com o doente e família, explicar convenientemente a situação, reavaliar periodicamente, dar atenção aos detalhes, estar disponível e valorizar a vontade do doente, é essencial para a resolução de controlo de sintomas, algo que pude comprovar através da aprendizagem proporcionada nestes dois meses.

Durante este estágio houve sempre a preocupação em que eu ficasse com os mesmos doentes o que representou a oportunidade de acompanhar dois doentes internados em cuidados paliativos, em fase terminal. Esta possibilidade traduziu-se no acompanhamento da evolução da doença, durante os turnos que realizei, nomeadamente a observação do controlo sintomático ao nível de dor, dispneia, soluços (hipo), náuseas, vômitos, obstipação, *delirium*, assim como a terapêutica instituída. Ao acompanhar e colaborar na prestação de cuidados ao doente em cuidados paliativos, foi possível contactar com sintomas e formas de actuação, que de certa forma são actuações diferentes da minha realidade profissional.

Outra das oportunidades foi adequar os cuidados de saúde à fase da agonia, assim como toda uma preparação prévia por parte dos profissionais, pois o simples facto de este doente estar referenciado como paliativo torna a actuação mais eficaz, não havendo medidas fúteis e desnecessárias (encarniçamento terapêutico), a serem realizadas ao doente.

4.2.2 Comunicação Adequada e o Apoio à Família

Um aspecto importante da prestação de cuidados a doentes em situação paliativa é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas. É importante para as famílias serem incluídas nas decisões dos cuidados e serem encorajadas a participar nos cuidados, ao nível que for apropriado para as capacidades e necessidades do doente (DOYLE, HANKS e MACDONALD; 1999).

Em saúde, os principais problemas de comunicação prendem-se com a forma inflexível como os profissionais falam com o doente, como estes tendem a ignorar o que o doente quer saber, poucas vezes verificam até que ponto o doente compreendeu o que lhe foi dito, ou até onde o doente quer participar no processo de tomada de decisão e nem sempre discutem abertamente as opções de tratamento para que o doente faça a sua escolha. Face a isto, os doentes sentem que não são ouvidos, não recebem informação, sentem falta de respostas e de preocupação pelo seu estado (BARBOSA e NETO, 2006)

A comunicação é um instrumento muito importante em enfermagem quer no relacionamento com o doente, quer com a família. Ao desenvolver actividades no sentido de estabelecer com o doente e família uma relação empática demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família.

A negociação da verdade, de que a verdade só será revelada ao doente se ele próprio o desejar, e de que a família e o doente não serão abandonados nesta fase das suas vidas constitui, muitas vezes, o ponto de viragem na atitude dos familiares. É importante criar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer a verdade e o de evitar causar mal ao doente, tal exige por parte dos profissionais de saúde uma avaliação adequada de cada doente em particular, no sentido de saber se este quer ou não saber a verdade, procurando respeitar sempre a sua vontade. (TWYXCROSS, 2003).

Esta negociação e equilíbrio verifica-se na forma de actuação dos profissionais do HRM, pois a presença e a participação da família fazem parte do plano terapêutico, pois permitem desenvolver o ambiente de afecto e a individualização dos cuidados distintivos que são prestados.

A conferência familiar é um instrumento obrigatório na metodologia de trabalho do Hospital Residencial do Mar, nomeadamente após a admissão e avaliação inicial, durante o período em internamento e antes do regresso a casa. Destaca-se ainda em particular, o horário geral alargado para a generalidade das visitas, alguns acompanhantes designados pelo doente ou pela sua família têm um acesso livre ao Hospital Residencial do Mar e podem participar, se assim o pretenderem, no plano individual de cuidados de quem acompanham.

Tive a possibilidade de observar três conferências familiares, embora não conseguisse estar presente em nenhuma de um doente referenciado para Cuidados

Paliativos. Nas conferências familiares foi possível compreender a dinâmica e a importância destas reuniões para o doente e família, em que o nível de perícia na forma de comunicar tem de ser elevado.

4.2.4 Trabalho em Equipa

A base de intervenção da equipa de saúde prende-se com a oferta global dos cuidados, ou seja, os cuidados devem ser prestados de forma personalizada, contínua e centrada no doente (a unidade de cuidados), assegurando a promoção da dignidade e autonomia do doente (BARBOSA e NETO, 2006). O enfermeiro deve ter assim um corpo de conhecimentos próprios e com aptidões passíveis de ser transmitidas e treinadas. O rigor e a qualidade da nossa actuação terão uma tradução evidente no nível de bem-estar do doente/família.

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideraram de todos (equipa e doente/família). Neste sentido, a actuação da equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia.

Na equipa, o plano de cuidados individual deve ser sempre feito respondendo às necessidades globais do doente e família, tendo por base o controlo rigoroso dos sintomas que surjam e o apoio psico-emocional dos mesmos, havendo uma redefinição dos objectivos terapêuticos (BARBOSA e NETO, 2006).

É errada a ideia de que não há mais nada a fazer pelo doente que se encontra sem possibilidades de cura. Enquanto há vida, existe a necessidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, a actuação da equipa de enfermagem é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao doente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta. Isto significa ajudar o ser humano a encontrar a sua qualidade de vida, quando não é possível aumentar a quantidade.

Neste estágio pude reforçar a minha aprendizagem em que, realmente, não havia nada a fazer para curar, mas havia ainda muito a fazer para garantir um fim de vida com qualidade; aprendi também que é possível partir com serenidade, em condições favoráveis, e rodeado de sentimentos positivos, como a atenção, o respeito e o amor daqueles que cuidam/família.

Tive a oportunidade de poder observar quatro reuniões de equipa onde se elaboram os planos individuais de cuidados e participar, assim, na sua implementação. Esta reunião torna-se diferente das reuniões semanais em que participo, no serviço onde exerço funções, na medida em que existe um compromisso escrito por parte de todos os profissionais, onde são descritas as actividades que devem ser realizadas para atingir o bem-estar do doente internado, por parte de cada profissional. É valorizado cada contributo que cada área diferente pode dar ao doente, onde me senti inserida num verdadeiro trabalho em equipa.

4.3 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao longo do estágio, foi efectuada pesquisa bibliográfica que permitiu desenvolver uma prática fundamentada e actualizada, nos cuidados aos doentes em situação Paliativa. Foram aprofundados e mobilizados conhecimentos, pelo que nas actividades desenvolvidas fui tentando demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa em cuidados paliativos. Ao aperceber-me das minhas dificuldades, foi necessário estabelecer estratégias para atenuar essas dificuldades, reflectir sobre a prática, tomar iniciativa na interpretação e resolução de problemas na área de médico-cirúrgica. Outra forma de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente foi possível através da ajuda de profissionais com formação pós-graduada de nível C.

Durante o estágio tive a possibilidade de prestar cuidados a doentes em Cuidados Paliativos, o que permitiu o cumprimento do objectivo, sendo possível mobilizar conhecimentos teórico-práticos sobre cuidados paliativos, através da observação e participação nos cuidados prestados ao doente, assim como conhecer as necessidades dos cuidados ao doente geriátrico em situação paliativa e recursos da comunidade. Este estágio foi avaliado em Muito Bom pela Enf.^a Ana Raquel Pires e pela Enf.^a Inês Dinis.

Estes conhecimentos tornaram-se visíveis quando confrontada com a prática clínica, visível nos estudos de caso elaborados aos doentes referenciados da Cirurgia vascular.

5. OBJECTIVO ESPECIFICO II

“Capacitar os enfermeiros para o reconhecimento da necessidade de cuidados paliativos na pessoa idosa com doença arterial periférica e sua família orientando-os para um correcto encaminhamento e acompanhamento”

Para atingir este objectivo foi necessário realizar o estágio no meu local de trabalho, na Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria, CHLN, em que as actividades desenvolvidas para atingir o objectivo proposto se encontram descritas nos pontos seguintes, assim como uma breve caracterização do serviço.

5.1 Cirurgia Vascular I

O **Centro Hospitalar Lisboa Norte** (CHLN), integra dois estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde Português, o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. Na sua missão estão consagradas funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré e pós-graduada e continuada e de inovação e investigação, constituindo-se como unidade essencial dentro do Sistema de Saúde Português.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e das Comunidades de Língua Portuguesa. O Hospital de Santa Maria, considerado como um hospital de referência, é um dos maiores e mais avançados Hospitais de Portugal. Neste Hospital, decorre o ensino e a formação de profissionais de saúde e se processam investigações no âmbito da descoberta de novas alternativas para melhorar a qualidade do tratamento e cura dos doentes.

O local onde exerço funções é o serviço de **Cirurgia Vascular** do Hospital de Santa Maria, inaugurado em 1986, integrado actualmente na área organizacional das especialidades cirúrgicas, dirigido pelo Prof. Dr. A. Dinis da Gama, sendo a equipa de Enfermagem e das Assistentes Operacionais geridas pela Enf.^a Chefe Elisabete Patrício.

O Serviço de CV tem os seguintes sectores:

- **Unidade de Angiologia** – constituída por uma sala de angiografia e uma sala de ecodoppler, para diagnóstico das urgências e emergências vasculares, assim como o diagnóstico das afecções do sistema venoso profundo, superficial e linfático dos membros;

- **Unidade de Cirurgia Ambulatória** (Pequena Cirurgia) – constituída por uma sala de cirurgia onde se realizam tratamentos cirúrgicos das afecções do sistema venoso superficial, implantação de cateteres para administração de quimioterapia, colheita de peças anatómicas para diagnóstico anatomopatológico;

- **Ala Lateral** – uma unidade de internamento com dezoito camas, divididas em três enfermarias de quatro camas, uma de três camas e três quartos individuais. Estas unidades caracterizam-se pela prestação de cuidados de enfermagem a doentes submetidos e/ou a submeter a tratamento médico-cirúrgico na âmbito da cirurgia vascular.

- **Ala Central** - uma unidade de internamento com catorze camas, divididas em três enfermarias de quatro camas e dois quartos individuais. Unidade com caracterização igual à Ala Lateral.

- **Unidade de Cuidados Diferenciados** – Unidade com cinco camas para a prestação de cuidados de maior complexidade, todas elas com possibilidade de ventilação mecânica assistida e monitorização invasiva e não invasiva. Recebe doentes, cuja situação requer vigilância constante no pós-operatório imediato.

Relativamente à casuística da Cirurgia Vascular I de 2009, a taxa de ocupação média anual ronda os 121%, aproximadamente 82 % das pessoas internadas têm mais de 65 anos.

Os doentes internados na cirurgia Vascular, segundo a análise dos dados estatísticos do Serviço de Cirurgia Vascular I, são provenientes do domicílio ou lar, admitido pela consulta ou geralmente pelo serviço de urgência central (SUC), com factores de risco associados à diabetes, à hipertensão, hiperlipidémia, tabagismo, etc. O que se confirma pelos dados que encontramos na população portuguesa, em que existe uma elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo (DGS, 2009) e ainda a diabetes mellitus.

Na Cirurgia Vascular a maioria (85%) dos doentes são internados por doença vascular periférica, degenerativa e/ou oclusiva que se desenvolve em artérias

periféricas. Casos de aterosclerose obliterante, onde surge oclusão da artéria, pela formação de placas com a consequente perda de elasticidade da musculatura do vaso, ocorrendo em pontos de bifurcação arterial, situação de evolução lenta sanguíneo de etiologia embólica (GREENFIELD *et al.*, 2004).

No serviço de Cirurgia Vascular existe uma equipa multidisciplinar que permite dar respostas a todas as necessidades dos doentes, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais. Assim, a equipa é constituída habitualmente por Enfermeiros, Cirurgiões vasculares, Fisioterapeuta, Assistentes Operacionais, Técnico Radiologista, Psicólogo, Assistente Social, Dietista e Administrativos.

5.2 Diagnóstico de Necessidades dos Enfermeiros da Cirurgia Vascular

Em Portugal, de acordo com o Decreto de Lei 161/96 de 4 de Setembro, “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivos prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

As necessidades provêm das nossas vivências, da experiência profissional e devem ser dinamizadoras do desenvolvimento profissional tendo como premissa uma atitude reflexiva e crítica sobre a sua prática.

O aparecimento das doenças crónicas conduz a um novo conjunto de necessidades e cuidados que anteriormente não existiam. Assim, a evolução tecnológica deve caminhar lado a lado com a humanização dos cuidados, para a estratégia da tomada de consciência das verdadeiras necessidades do doente.

Face a isso foi feito um questionário de modo a saber quantos enfermeiros possuem formação específica na área dos cuidados paliativos (APÊNDICE I). Na análise feita aos questionários constata-se que apenas um dos vinte e oito enfermeiros inquiridos tem formação específica para a prestação de cuidados a doentes em situação paliativa, esse curso foi ministrado pelo HSM e é de nível A – formação pós-graduada de 40 horas (ANCP, 2006).

Deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado nos artigos 82º e 87º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005).

Face a esta lacuna de formação em cuidados paliativos, foram realizadas duas acções de formação sobre cuidados paliativos e incluídas duas áreas do cuidar, tendo em conta as necessidades mais prementes dos enfermeiros do serviço, fazendo uma sensibilização sobre a temática e a sua importância na qualidade de vida dos doentes internados no serviço de cirurgia vascular.

5.2.1 Sensibilização da Equipa de Enfermagem

No mesmo questionário de diagnóstico de necessidades em cuidados paliativos dos enfermeiros da CV, foi pedido aos enfermeiros (28) que assinalassem três áreas do cuidar em Cuidados Paliativos em que desejarium frequentar formação. Apenas **quinze enfermeiros** responderam antes da realização da primeira acção de formação, o que fez com que as áreas mais assinaladas fossem a terapêutica subcutânea, seguindo-se a higiene oral e cuidados na agonia, como se pode ver no gráfico.

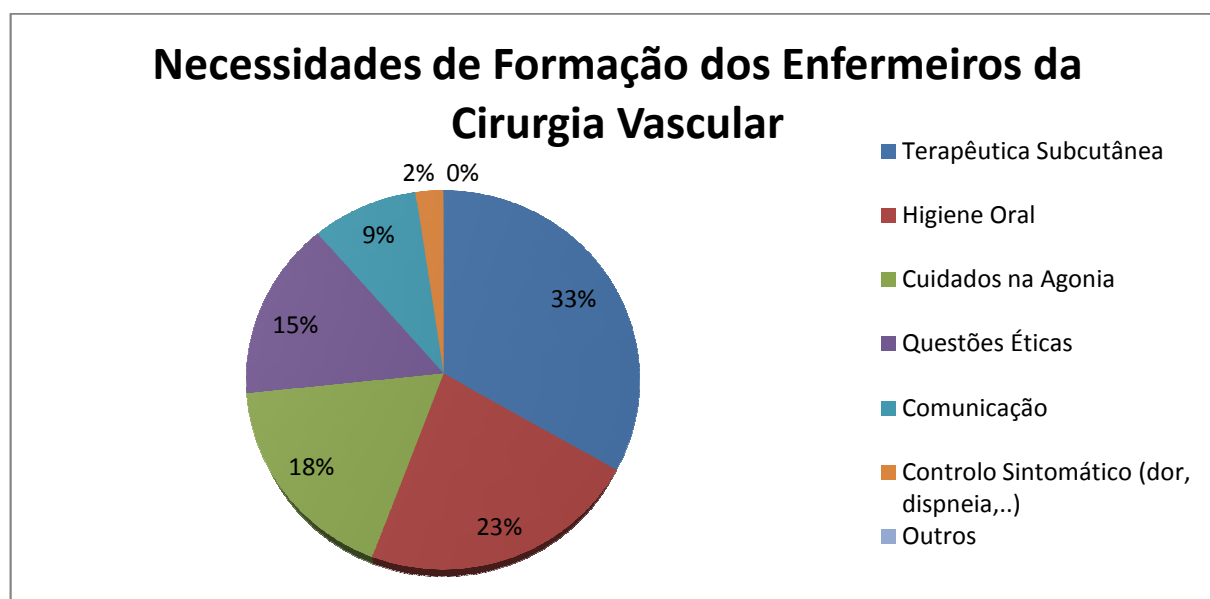


Gráfico 1 – Necessidades de Formação dos Enfermeiros da Cirurgia Vascular.

Face aos resultados do primeiro questionário foram realizadas duas acções de formação sobre a importância dos cuidados paliativos, uma no dia 18 de Janeiro, incluindo as especificidades da higiene oral ao doente paliativo como área do cuidar (APÊNDICE II) e a outra no dia 28 de Janeiro de 2011 incluindo as especificidades da terapêutica subcutânea/Hipodermoclise ao doente paliativo como área do cuidar (APÊNDICE III) às 15h30 no serviço de Cirurgia Vasculosa HSM-CHLN.

Na primeira acção de formação estiveram presentes quinze enfermeiros e na segunda formação oito enfermeiros, o que perfaz um total de vinte e três enfermeiros (74%), demonstrando uma boa adesão dos enfermeiros do serviço de cirurgia vascular ao tema.

Antes das acções de formação foi entregue outro questionário (APÊNDICE IV) que depois de analisado, evidenciou que os enfermeiros praticam cuidados orais aos doentes (100%), mas não registam esses cuidados no diário de enfermagem (97%), não dando visibilidade às necessidades dos doentes e não espelhando o trabalho realizado no conforto ao doente. Os enfermeiros na sua maioria nunca contactou com acessos subcutâneos no serviço de Cirurgia vascular (90%).

No final do estágio foi aplicado o mesmo questionário que, depois de analisado, evidencia que os enfermeiros continuam a praticar cuidados orais aos doentes (100%), mas começaram, embora em pequeno número, a registar esses cuidados no diário de enfermagem (24%), face ao facto de nenhum dos doentes referenciados ter iniciado terapêutica subcutânea devido à sua maior advertência, o facto de estarem ambos a fazer antibioterapia, a grande maioria dos enfermeiros continuou a nunca ter contactado com acessos subcutâneos no serviço de Cirurgia vascular (90%).

Outras das **formas de sensibilização** da equipa de enfermagem, quer pelas acções de formação realizadas, quer pelos debates informais durante as passagens de ocorrências, foi a tentativa de flexibilizar o horário das visitas aos doentes em fase terminal.

Analisando e reflectindo a realidade onde me encontro, afirmo que é tentativa de todos os profissionais apoiar a família, embora o regime de visitas seja pouco flexível e não exista uma sala que permita recebê-las com a privacidade necessária. Numa fase agónica permite-se um maior número de elementos familiares e a permanência de um

até mais tarde, mas nunca a tempo inteiro. Este facto deve-se, não só a regras já instituídas, mas também às próprias limitações físicas do serviço. Apesar de existirem quartos individuais não há um local digno para que o familiar possa pernoitar com qualidade. Há pouca privacidade nas enfermarias, onde existe um mínimo de três camas e o máximo de privacidade é assegurado apenas com uma cortina.

Não procedemos ao acompanhamento do luto, mas existe a disponibilidade dos profissionais para ouvir o familiar significativo e este está à vontade para se dirigir até nós se sentir necessidade após o falecimento do doente. Não é possível proceder à mudança de horários de cuidados, como o banho e/ou as refeições, visto que a dinâmica instituída num serviço de agudos, bem como o excesso de trabalho e a escassez de recursos, confinam este tipo de acções. As limitações são muitas, mas a tentativa e a luta para ultrapassá-las é diária.

Trabalha-se com o método de Enfermeiro responsável, o que permite ao profissional conhecer de forma mais profunda o seu doente e desenvolver confiança e partilha com a família. Após a referenciação dos doentes para a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, foi feita tentativa de os colocar em quartos individuais e sendo assim possível aos familiares do doente referenciados ficar junto deste. Foi permitido aos familiares de um dos doentes referenciados, permanecer junto deste até falecer (até ao turno da noite), assim como a prestação de cuidados pós-morte pelos familiares, algo que nunca tinha sido praticado neste serviço.

Foi ainda realizado um Portfólio com informações relevantes sobre cuidados paliativos, para consulta dos profissionais de saúde, com artigos e *guidelines* internacionais.

5.2.2 Sensibilização da Equipa Médica

Inicialmente foi feita participação do projecto ao Director do serviço, ao Sr. Prof. Dr. Américo Dinis da Gama, que se mostrou interessado no tema e na sua contribuição.

Apesar da detecção das necessidades de um doente poderem ser realizadas por todos os profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, dietistas,...), a sua referenciação para a equipa de suporte intra-hospitalar de Cuidados Paliativos apenas pode ser realizada pelo médico da equipa que acompanha o doente, de forma a haver

adesão da terapêutica sugerida pela médica da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. Este factor limita muitas das vezes a inclusão dos doentes nestes cuidados específicos. Face a este hiato na possibilidade de cuidados paliativos, foi feita sensibilização directa aos médicos do serviço através da divulgação da folha de referenciação da equipa, assim como a explicação do ganho do doente em qualidade de vida perante os casos específicos.

A formação realizada aos enfermeiros, além de os sensibilizar para a importância de cuidados específicos, permitiu uma maior argumentação perante estas situações.

Foi realizada uma acção de formação no HSM (Departamento de Medicina) sobre a Qualidade de Vida nos Cuidados Paliativos dada pelo Prof. Alberto Alonso Babarro, Director do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário de La Paz, em Madrid. Inicialmente foi exibido o filme *A dama e a morte*, como forma de sátira, que retrata a forma como os médicos e enfermeiros nos hospitais de agudos tratam os doentes em fase terminal, sem que seja ouvida a vontade do doente.

Esta formação abordou, ainda, vários casos clínicos, onde eram retratadas as necessidades dos doentes e a sua possível resolução. Através da divulgação desta acção de formação, houve um médico da cirurgia vascular que foi assistir a esta formação, o que se tornou benéfico, possibilitando a discussão do tema e de casos clínicos do serviço. Sei que um não é muito num universo de dezasseis médicos, mas encaro isso como um começo.

5.2.3 Referenciação dos Doentes com Doença Arterial Periférica

Com a Circular Normativa nº 14 da Direcção Geral de Saúde, de 13 de Julho de 2004, surge o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e aprovado em 15 de Junho de 2004 por Despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde (DGS, 2004).

Apesar dos Cuidados Paliativos já serem reconhecidos como um direito humano em Portugal (Decreto de lei 109/2006 de 9 de Junho de 2006), continua a haver desigualdades de acesso mesmo dentro do país, por assimetrias no tipo e distribuição geográfica dos serviços (vários distritos continuam a não ter Unidades de Cuidados

Paliativos capacitadas – Aveiro, Braga, Viana do Castelo, Viseu, Guarda, Leiria e Portalegre).

A equipa de suporte Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do HSM (Cuidados Paliativos Nível I) surge, assim, em 2007 com os objectivos:

- Realizar apoio assistencial aos doentes internados;
- Prestar apoio sob a forma de consultadoria interna aos profissionais que tenham a seu cargo doentes (internados ou não) que necessitem de Cuidados Paliativos;
- Assegurar suporte em cuidados paliativos em regime de consulta externa após a alta dos doentes e familiares acompanhados em internamento;
- Colaborar na formação contínua, articulando com a Faculdade de Medicina de Lisboa aos vários grupos profissionais do HSM;
- Apoio telefónico a doentes, familiares e profissionais de saúde de instituições integradas na Unidade de Saúde Setentrional.

Desde o início da equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos que apenas foi feita uma referência pelo serviço de Cirurgia Vasculuar, o que nos leva a crer que não existem doentes na cirurgia vascular a necessitar de cuidados paliativos, ou existe uma lacuna no serviço, no que se refere a esta necessidade.

Durante o período de estágio, face ao trabalho desenvolvido através da sensibilização para as necessidades paliativas, foram referenciados três doentes à equipa de suporte intra-hospitalar de cuidados paliativos do HSM: uma doente numa fase aguda e dois inicialmente na fase de deterioração passando, posteriormente, para uma fase terminal, acabando por falecer no hospital passadas pouco dias/semanas após a referência (EAGAR *et al.*, 1997).

É de referir que não foi realizado qualquer procedimento invasivo aos dois doentes referenciados em fase de deterioração que acabaram por falecer no serviço. Dos doentes referenciados foram realizados estudos de caso tendo em conta as suas necessidades e mantido o seu consentimento informado.

Nos estudos de caso realizados, há que enfatizar outros ganhos, nomeadamente que a um dos doentes referenciados após o seu falecimento, a família pode prestar cuidados pós-morte, assim como ficar junto do corpo, o tempo que necessitaram para se despedir, inclusive muito depois do horário das visitas.

A outra doente referenciada que se encontrava em fase aguda, teve a visita da equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos na cirurgia vascular no dia 22 de Dezembro, um dia antes da sua alta, ficando agendada uma consulta externa com a equipa a 12 de Janeiro de 2011. No dia anterior à consulta, a filha cuidadora comunicou à administrativa que não iria à consulta. De forma a perceber o porquê e poder agendar a consulta em outra data, foi feito um telefonema para falar com a filha da doente que referiu que não tinha tempo para levar a mãe ao hospital, havendo assim uma quebra na continuidade dos cuidados com esta doente.

Através deste trabalho pude ficar como elemento responsável entre a articulação da Cirurgia Vascular e a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHLN-HSM. Devido a esta articulação foi realizada uma folha de Avaliação das Necessidades em Cuidados Paliativos (ANEXO IV). Esta folha permite uma sinalização por parte da equipa de enfermagem da cirurgia vascular, à Equipa Intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos dando a conhecer as necessidades do doente em situação paliativa, mesmo quando não há referência por parte médica. Conseguisse assim uma articulação entre a cirurgia vascular e a equipa de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos, permitindo uma consultadoria nos cuidados de enfermagem.

5.3 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Cumpra agora elaborar uma breve referência às actividades anteriormente designadas, aos resultados obtidos com este processo formativo e à nova apropriação de saberes, entre outros aspectos.

Antes de dar início a esta descrição, penso que é pertinente referenciar que, ao longo deste estágio, houve uma preocupação em ir de encontro às necessidades sentidas pelos profissionais, mas, por outro lado, por estar ciente da responsabilidade e exigência deste papel, este foi também um período dotado de alguma ansiedade.

Procurei motivar e sensibilizar todos os enfermeiros do serviço, em relação aos cuidados paliativos à pessoa idosa com doença arterial periférica, aplicando o conhecimento com rigor técnico, promovendo momentos formativos e de reflexão entre os elementos da equipa de enfermagem.

A realização de formação para a equipa de enfermagem teve um retorno favorável e positivo por parte dos formandos, onde o seu conteúdo contribuiu para o enriquecimento dos conhecimentos.

Considerar a referenciação para a equipa de suporte intra-hospitalar de cuidados paliativos dos doentes idosos, com doença crónica de mau prognóstico, foi uma das actividades mais ambiciosas, por pretender mobilizar a equipa médica para algo que não se encontrava a ser feito, mas foi alcançado esse objectivo.

Efectuei, assim, três estudos de caso aos doentes referenciados, utilizando como modelo de enfermagem a Jean Watson, e a sua visão transpessoal, aplicando os diagnósticos de enfermagem da NANDA. Estes estudos de caso facilitaram o desenvolvimento das actividades face às situações e necessidades destes doentes idosos.

Durante este processo obtive como ganhos: Melhoria da qualidade de vida do doente idoso; Maior e melhor articulação entre o Serviço da Cirurgia Vasculuar e a Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos; Tornar as diferentes áreas do Cuidar em cuidados paliativos importantes aos olhos dos elementos da equipa multidisciplinar, prevenindo eventuais complicações para a pessoa idosa e a Formação dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vasculuar.

6. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família prestados por enfermeiros especialistas certificados (OE, 2009). Face à área de especialização da saúde no idoso, esta tem de ser dirigida aos projectos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2009).

As competências comuns do enfermeiro especialista prendem-se com: a) a Responsabilidade profissional, ética e legal, b) Gestão da qualidade, c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2009).

O aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera actualização dos conhecimentos, é o caminho da construção de competências. É necessário haver uma associação de competências técnicas, científicas e morais para a prestação de cuidados de qualidade com uma visão holística do doente. Cada estágio contribuiu para essa construção de competências. Uma das valências importantes do estágio é o contacto com outras pessoas e com outros profissionais conhecedores de realidades diversas.

O cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais ou potenciais, conhecimento e compreensão das necessidades individuais, saber como dar resposta às necessidades dos outros (WATSON, 2002).

Ao longo do meu estágio no HRM tive o privilégio de partilhar experiências e conhecimentos com aqueles que contactei mais directamente, muito em especial com os co-orientadores atribuídos.

Confirmei que o enfermeiro especialista tem um papel fundamental no serviço, podendo actuar como um modelo para os outros enfermeiros, demonstrando saber, técnica, capacidades e atitudes a um nível avançado, ensinando, orientando e supervisionando os cuidados que estes vão desenvolvendo. Durante este meu registo

e análise das observações, fui reflectindo sobre algumas situações que poderiam melhorar a prestação de cuidados aos doentes, nomeadamente se houvesse mais partilhar de saberes através do diálogo entre os enfermeiros de diferentes serviços. De facto, existe sempre alguma dificuldade em alterar determinadas práticas instituídas, mais ainda quando elas interferem com mais do que um serviço. Penso que esse poderá ser um papel importante para um enfermeiro especialista, agilizar esse intercâmbio de cuidados, podendo contribuir para uma melhoria dos cuidados a prestar.

Qualquer trabalho implica uma recolha de informação que permita uma argumentação consistente das reflexões feitas em função dos trabalhos realizados. O fim de um trabalho não simboliza uma porta que se fecha, mas várias que abrem. As várias horas, meses dos estágios, ao mesmo tempo que me obrigaram a reflectir sobre o trabalho, a aperceber-me dos problemas e dificuldades encontradas, obrigaram-me também a adoptar estratégias de resolução dos problemas e a não aceitar passivamente as dificuldades. Estimulada por este trabalho, aglutinador dos dois estágios e da procura de informação, proponho-me a utilizar as competências adquiridas no meu desempenho profissional e a partilhá-las com outros colegas em situações formais e informais. Tenho o propósito de continuar a estudar e a investigar temas e situações relacionados com as experiências e situações vivenciadas.

Este relatório é um produto final de um trabalho ao longo dos estágios realizados, mas poderá ser também um ponto de partida para novos percursos.

Apesar da não prática integral de cuidados paliativos e apenas da execução de acções paliativas o código deontológico do enfermeiro está, sempre que possível, assegurado no contexto onde trabalho.

Artigo 87.º - do respeito pelo doente terminal:

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal da vida;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (OE, 2005, p.21).

No que respeita à alínea a), é tentativa dos profissionais que o doente possa escolher onde quer morrer, no entanto, muitas vezes são as próprias famílias que estão pouco despertas para a importância desta escolha e, mesmo quando elucidadas, recusam levar o doente para casa ficando este à mercê de uma morte hospitalar. Quanto ao acompanhamento, este está, sempre que possível e dentro das nossas limitações, assegurado. Relativamente às alíneas b) e c), estas estão asseguradas nos cuidados diários.

O enfermeiro especialista, associado às suas competências, deve criar uma relação clara, relativa aos deveres de humanização dos cuidados de enfermagem, onde a enfermagem é vista e conceptualizada como uma ciência humana e uma arte (WATSON, 2002).

Com este relatório pretendo englobar todos os saberes para criar novas possibilidades de investigação, assim como evidenciar a evolução potenciada pelos estágios no meu exercício profissional, clarificando quais os pontos-chave dessa evolução e de que forma a mesma se transformou em ganhos de saúde para as pessoas de quem cuidei durante este período. O desenvolvimento de competências é um importante instrumento de evolução dos enfermeiros e, conseqüentemente, da enfermagem, o que se traduz em melhores cuidados para a pessoa cuidada.

7. LIMITAÇÕES/PERSPECTIVAS FUTURAS

É de referir que o terceiro objectivo proposto no projecto de estágio “Desenvolver orientações face aos doentes idosos internados na Cirurgia Vasculiar a necessitar de cuidados paliativos, de modo a fazer o correcto diagnóstico, definindo objectivos adequados a cada situação promovendo a qualidade dos cuidados através de um plano de cuidados diferenciados”, não foi abandonado, apenas fica para uma segunda fase da minha formação profissional.

A criação/adaptação e validação de um instrumento com indicadores do diagnóstico da pessoa idosa a necessitar de Cuidados Paliativos não seria possível num tão curto período de tempo, assim como seria necessária a envolvência de mais profissionais de saúde, para poder fazer a elaboração de diagnósticos, como foi concordado pela Comissão de Ética do CHLN.

De modo a ter resposta à aplicabilidade destas “guidelines” no doente com doença arterial periférica foram contactados via e-mail a National Health Services Lothian devido à “Palliative Care Guidelines - Non-Cancer Palliative Care, Identifying non-cancer patients for supportive & palliative care” que não respondeu. Foi também contactado via e-mail a National Gold Standards Framework Centre (GSF) pelo seu “Prognostic Indicator Guidance Paper” em que respondeu a Dr.^a Becky Oxley (Administrative Assistant GSF) no nome do Prof. Keri Thomas (ANEXO V). A sua resposta assegura que este documento é possível ser utilizado no doente com doença arterial periférica, mas observando o doente através de uma avaliação holística, pelas suas co-morbilidades, ou seja, se a pessoa tem doença DAP esta é susceptível de ter outras doenças graves, como por exemplo, doença cardíaca, diabetes, tabagismo, etc. Para avaliar a pessoa por esta *guideline* ela tem de ser vista como um todo ao invés da sua patologia que incide em órgãos distintos.

8. REFLEXÃO CRÍTICA

O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade (WATSON, 2002). A discussão do processo de doença, prognóstico e opções de tratamento, o planeamento dos últimos dias, tratamento dos sintomas e co-morbilidades devem ser oferecidos aos doentes com doença arterial periférica, através de educação e planeamento de maneira a permitir a transição entre o tratamento modificador da doença e os cuidados paliativos.

Este projecto surgiu, assim, de uma necessidade real sentida, o facto de a pessoa idosa com doença arterial periférica, internada na Cirurgia Vasculiar do HSM-CHLN, não possuir cuidados individualizados face à sua doença crónica progressiva e suas consequentes necessidades paliativas. Não existia uma adaptação à situação da pessoa idosa e esta era consequentemente sujeita a medidas invasivas. Outro dos problemas verificados nestas situações é que a pessoa, após ter alta, continuava a não ter o correcto encaminhamento.

A implementação deste trabalho, entre Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011, revelou-se um importante agente integrador dos diferentes conceitos abordados em contexto lectivo das Unidades Curriculares e uma mais-valia no contexto profissional.

O estágio, efectuado no HRM, em que as intervenções de enfermagem representaram um desafio, foi uma actividade interdisciplinar e abrangente, impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis.

A implementação do projecto, como já referido anteriormente, foi na cirurgia vascular, um serviço de contexto de agudos, onde exerço funções, em que o tratar se sobrepõe em muitas situações ao cuidar. Neste estágio foram desenvolvidas uma série de actividades, onde os fins obtidos, apesar de não terem sido muitos, valeram a pena, a meu ver, pela colmatação das necessidades sentidas destes três doentes/família referenciados. De facto, é de pessoas que estamos a falar, sendo todos os esforços importantes para o aumento da sua qualidade de vida. Há a referir que os maiores ganhos foram a mudança de atitudes e práticas dos profissionais, havendo uma sensibilização e um despertar de consciências. Ao objectivarmos a nossa prática reflectimos mais em como o fazemos e em como o poderemos fazer ainda melhor, seja

pelo saber vivido, seja pela apropriação de novos conhecimentos que interiorizámos e transformaremos em melhores cuidados. Para testar a validade desta afirmação efectuei uma reflexão aprofundada sobre o estágio realizado, onde equacionei as actividades desenvolvidas, identifiquei situações problema e apresentei estratégias de resolução.

Após a elaboração do presente trabalho considero ter alcançado os objectivos propostos no início do mesmo, através da melhoria da qualidade de vida do doente idoso com doença arterial periférica internado na Cirurgia Vasculiar do HSM-CHLN, pela sua correcta identificação e posterior referenciação para a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do HSM, havendo uma maior e melhor articulação entre estes dois serviços. Também se tornaram evidentes as diferentes necessidades do doente em situação paliativa perante toda a equipa de enfermagem e de outros elementos da equipa multidisciplinar.

A finalização de um trabalho é, ao mesmo tempo, difícil e gratificante. Difícil, descobrir que se podia ter dito mais e que aquilo que foi dito não descreve, claramente, todo um período de trabalho, dado o factor emotivo e as relações inter-pessoais serem extremamente difíceis de expor num papel. No entanto, também é gratificante acabar um trabalho e saber que somos capazes de meditar sobre aquilo que fizemos, com a necessária distanciação dos conhecimentos e, a partir daí, traçar linhas de condutas futuras, dando continuidade ao mesmo.

A equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos (Cuidados Paliativos de nível I) assegura um programa de cuidados paliativos que inclui a valência de consultadoria em internamento, muito embora face à dimensão do CHLN deveria ser criada uma Unidade de Cuidados Paliativos nível III, de forma a satisfazer as necessidades da maioria dos doentes internados (ACS, 2008) através de um serviço hospitalar treinado e vocacionado para a gestão de cuidados paliativos.

No momento de concluir, torna-se pertinente retomar à introdução, no sentido de recuperar o princípio ao qual obedeceu a planificação do programa de acção desenvolvida ao longo deste relatório: demonstrar que a aquisição de conhecimentos quer através de pesquisa bibliográfica, conversa com peritos na área, o curso de Medicina Paliativa, o estágio no HRM e a prática no serviço de Cirurgia vascular foram determinantes para o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de enfermeiro especialista.

BIBLIOGRAFIA

- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS) (2008) - **Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016)**. Acedido em: 23/07/2009. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/07/proposta-pncp.pdf>
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) (2006) - **Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos – Recomendações ANCP**. Acedido em 22/07/2009. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes Formacao em CP.pdf>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) (2006) - **Cuidados Paliativos o que são?**. Acedido em 07/06/2009. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidadospaliativos&cod=79&subCat=79>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) (2010) - **Cursos Básicos de Cuidados Paliativos**. Acedido em 02/06/2009. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/curso_basico_2010_apcp.pdf.
- BARBOSA, António; NETO, Isabel (2006) - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN:978-972-9349-21-8.
- BRITISH GERIATRIC SOCIETY (2010) - **Palliative Care**. Acedido em: 06/05/2010. Disponível em: http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=532:niceg_ofindicators&catid=14:consultations&Itemid=250
- ANTUNES, João (coord.) (2004) - **Hospital de Santa Maria (1954-2004): 50 anos de Assistência, Ensino e Investigação**. Lisboa: Bayer Portugal.
- COSTA, Maria (2002) - **Cuidar de Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-74-0.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R I Série - A**. 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- DECRETO-LEI nº 161/1996 **D.R I Série**. 205 (1996-09-04) 2959-2962.

- DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; MACDONALD, Neil (1999) - **Palliative Medicine**, 2nd Edition. New York: Oxford University Press. ISBN:0-19-262566-7.
- EAGAR, Kathy; [et al.] (1997) - **The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP): report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study**. Centre for Health Service Development, University of Wollongong. ISBN 0-86418-456-5. Acedido em 2010/05/10. Disponível em: <http://chsd.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/documents/doc/uow082315.pdf>
- FARRAJOTA, Armando (1994) - Fronteiras Médico-cirúrgicas no Tratamento da Isquémia Arterial Periférica. **Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular**. [em linha] vol.II, nº 5, (Julho/Dezembro, 1994) p. 179. Acedido em 12/05/2010. Disponível em: <http://www.sbacvrij.com.br/paginas/revistas/sbacvrij/1995/2/Portugalp74.htm>
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) - **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- FOX, Ellen; [et al.] (1999) – Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with lung, heart or liver disease. **JAMA**. Chicago. Vol. 282, Nº 17 (November 1999) p. 1638-1645.
- FREITAS, Elizabete; [et al.] (2006) - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 1040-1048. ISBN: 9789728930578.
- GREENFIELD, Lazare; [et al.] (2004) – **Cirurgia, Princípios Científicos e Prática**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 8527708612
- HOCKLEY, Jo; CLARK, David (2002) – **Palliative Care for Older People in Care Homes**. Philadelphia: Open University press. ISBN: 0-335-21061-9.
- IMAGINÁRIO; Cristina (2004) - **O idoso dependente – Em contexto familiar**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-38-7.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2009) - **Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0037-9.
- JONES, Randall (2005) – Acute Hospital-Based Palliative Care Services for the Older Person. **British Journal of Nursing**. London. ISBN 0966-0461. Vol.14, nº 11. p. 596-600

- KRAUSE, Neal (2004) - Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. **The Gerontological Society of America**. Chicago. V. 44, nº 5. p. 615-623.
- MATZO, Marianne (2004) – Palliative Care: Prognostication and the Chronically Ill. **American Journal of Nursing**. [em linha], Vol. 104, nº 9 (September, 2004) p.40-50. Acedido em: 06/05/2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=14498601&site=ehost-live>
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) (2010) - **Health Condition**. Atlanta: United States Centers. Acedido em 15/05/2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>
- NEVES, Chantal; [et al.] (2000) - **Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Coimbra: Sinais Vitais. ISBN 972-8485-16-6.
- NATIONAL HEALTH SERVICES (NHS) (2010) – **Palliative Care Guidelines**. Acedido em 15/05/2010. Disponível em: http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/non_cancer/
- ORDEM DO ENFERMEIROS (OE) (2009) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional (SIECE, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-02.
- PAYNE, Sheila; SEYMOUR, Jane; INGLETON, Christine (2004) – **Palliative Care Nursing, Principles and Evidence for Practice**. London: Open University Press. ISBN: 0-335-21243-3.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (DGS) (2003) – **Saúde em Portugal. Indicadores Básicos**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004) – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (DGS) (2009) – **Elementos estatísticos, Informação Geral Saúde 2007**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 0872-1114

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) (2002). **Guia de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos**. Acedido em 13/05/2009, Disponível em: www.secpal.com
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) (2002). **Historia de los Cuidados Paliativos & el Movimiento Hospice**. Acedido em 12/05/2009, Disponível em: www.secpal.com
- SILVA; José (2004) – **Isquémia Crónica Crítica**. Acedido em 02/05/2010; Disponível em: http://www.lava.med.br/livro/pdf/jcbaptista_isquemiacritica.PDF
- TRANS-ATLANTIC INTER-SOCIETY CONSENSUS (TASC) (2000) - **Document on Management of Peripheral Arterial Disease**. Acedido em 10/05/2010. Disponível em: <http://www.tascpad.org/Client/EN/index.aspx?Composant=Rubrique&IDBase=561&Methode=ClientFDetail&Ref=Home>
- TWYXCROSS, Robert (2003) – **Cuidados Paliativos**. 2.^a ed. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-796-093-6.
- WATSON, Jean (1985) – **Nursing the Philosophy and the Science of Caring**. Boulder Colorado: Colorado Associated University Press. ISBN: 0-87081-154-1.
- WATSON, Jean (1999) – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN- 972-8383-37-1.
- WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2004 a) – **Better Palliative Care for Older People**. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-890-1092-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2004 b) – **Palliative Care- The Solid Facts**. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-890-1091-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2005) - **Preventing Chronic Disease: a Vital Investment**. Geneva: World Health Organization. Acedido em 15/05/2010. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2010) - **Chronic Diseases**. Geneva: World Health Organization. Acedido em 15/05/2010. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_disease/en

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de Diagnóstico de Necessidades em Cuidados Paliativos dos Enfermeiros da Cirurgia Vascular HSM-CHLN.

Projecto de Estágio

Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica

Discente:

Ângela Correia (ESEL, Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa Idosa)

QUESTIONÁRIO

Cuidados Paliativos são "Cuidados activos e globais a doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo e no qual é fundamental o controle da dor e outros sintomas, apoio espiritual, psicológico e social com a melhor qualidade de vida para o doente e família" (OMS, 1990).

Este questionário enquadra-se no Processo de Diagnóstico de Necessidades em Cuidados Paliativos, dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vasculiar I do CHLN, que se encontra a ser elaborado no âmbito do Projecto de Estágio "Cuidados Paliativos na Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica"

Desde já agradeço o tempo dispensado no preenchimento do presente questionário.

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Quantos anos de serviço possui?

3. Já fez formação em Cuidados Paliativos, depois de ter terminado a Licenciatura em Enfermagem?

Sim

Não

4. Assinale 3 áreas do cuidar em Cuidados Paliativos, em que desejaria frequentar formação:

€ Fase agónica;

€ Higiene Oral;

€ Terapêutica Subcutânea;

€ Controlo sintomático (Dor, dispneia, obstipação,..);

€ Outras áreas do cuidar pretendidas: _____

€ Comunicação;

€ Questões éticas;

€ Apoio à família;

€ Espiritualidade;

Data: 22/09/2010

Obrigada pela sua Atenção e Colaboração.

Apêndice II – Acção de Formação (1ª).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
1º Curso Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de
Enfermagem à Pessoa Idosa

Projecto de Estágio

Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa, com Doença Arterial Periférica

Áreas do Cuidar

ORIENTADORA: Srª. Prof. Graça Melo
CO-ORIENTADORA: Srª. Enf.ª Especialista Emília Fradique
DISCENTE: Ângela Correia nº2468

Lisboa, Janeiro de 2011

Objectivos

- Definir Cuidados Paliativos;
- Referir a importância da Higiene Oral como área do cuidar em Cuidados Paliativos.

Sumário

- Doença Crónica;
- Doença Terminal;
- Cuidados Paliativos;
- Objectivos dos Cuidados Paliativos;
- Fases dos Cuidados Paliativos;
- Questão de partida do projecto de Estágio;
- Objectivo Específico do projecto de Estágio;
- Equipa de Suporte intra-hospitalar de Cuidados paliativos;
- Acções Paliativas;
- Higiene Oral.

Doença Crónica

O avanço da medicina ao longo dos tempos, contribuiu para o aumento da longevidade da população, verificando-se um aumento de doenças crónicas, algumas das quais tornam-se incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada.

(MATZO et al, 2004)

Doença Terminal

- Presença de uma doença crónica, avançada e incurável;
- Não responde ao tratamento curativo;
- Presença de numerosos problemas ou sintomas múltiplos, multifactoriais e em mudança;
- Grande impacto emocional no doente, família e equipa;
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses.

(SECPAL, 2009)

Cuidados Paliativos

- “Visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais. São prestados por uma equipa específica.”

(OMS, 2002)

- Não devem estar associados apenas aos cuidados terminais.

(N. MCDONALD, 1998)

Cuidados Paliativos

- Os cuidados paliativos aplicam-se a todo o tipo de doentes que estão gravemente doentes e não apenas aos doentes terminais e/ou oncológicos, tendo por base o tipo de necessidade e não o diagnóstico do doente.

(DOYLE et al, 1999)

Objectivo central dos Cuidados Paliativos

- Prevenir e aliviar o sofrimento;
- Proporcionar a máxima qualidade de vida possível;

Integrando:

- O controlo de sintomas;
- A comunicação adequada;
- O apoio à família;
- Apoiando-se num trabalho de equipa interdisciplinar.

(DOYLE, 1998)

Fases dos Cuidados Paliativos

Fases	Duração	Mobilidade	Objectivos	Princípios
Reabilitativa	Meses/Anos	Mantida	Restaurar a autonomia e Controlar Sintomas	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	Semanas/Meses	Limitada	Promover a qualidade de vida e controlar sintomas	Apoio Social
Terminal	Dias/Semanas	Maior parte do tempo acamado	Maximizar conforto	Expectativas realistas, Reduzir o impacto da doença
Final	Horas/Dias	Essencialmente acamado	Maximizar conforto	Valorizar, aceitar e aliviar

Adap. Mueller Busch, 2004

Diagnóstico da Situação

- Os hospitais tal como os conhecemos vocacionaram-se para tratar activamente a doença e quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inevitavelmente da morte, o hospital raramente está preparado para o tratar e cuidar do seu sofrimento.

(DGS -PNCP, 2004).

Questão de Partida:

- Ausência de Cuidados Paliativos ao doente idoso, com doença arterial periférica;
- Doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão de suporte paliativo.

O que fazer?

Existem alternativas?

Objectivos Específicos

- Capacitar os enfermeiros para o reconhecimento da necessidade de suporte paliativo na pessoa idosa com doença não oncológica (doença arterial periférica) e para o seu correcto encaminhamento.

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

- **Objectivos Gerais:**
 - Realizar apoio assistencial aos utentes internados;
 - Prestar apoio sob a forma de consultadoria interna aos profissionais que tenham a seu cargo utentes (internados ou não) que necessitem de CP;
 - Assegurar suporte em cuidados paliativos em regime de consulta externa após a alta dos utentes e familiares acompanhados em internamento
 - Colaborar na formação contínua, articulando com a FML aos vários grupos profissionais do HSM;
 - Apoio telefónico a utentes, familiares e profissionais de saúde de instituições integradas na Unidade de saúde Setentrional

Referenciação

- Os utentes deverão ser referenciados pelo médico assistente, podendo a necessidade de intervenção da equipa ser detectada por qualquer profissional de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social);
- O formulário de referenciação está disponível na intranet em Colaboradores – Formulários e poderá ser enviado para o e-mail: equipapaliativos@hsm.min-saude.pt, ou entregue em mão no Secretariado.

Formulário de Referenciação

ESTADO DA DOENÇA
 Diagnóstico: _____ Data do diagnóstico: _____
 Estado: _____
 Local de internação (se hospital): _____

REFERENCIAÇÃO À EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

DADOS DO DOENTE
 Nome: _____ Sexo: _____ NHC: _____
 Morada: _____ Código postal: _____
 Telefone: _____

MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO
 Do: _____
 Descrição de outros sintomas: _____
 Agente: _____
 Apoio psicológico: Apoio espiritual: Apoio social:
 Alterações frequentes: Dificuldades na comunicação:
 Apoio na tomada de decisões: Envolvimento em Consulta Externa:
 Apoio da família:
 Urgência do pedido (serviço paliativo em 2 dias úteis): Urgente: Não urgente:
 Quer ser informado acerca do pedido de apoio à saúde? Sim Não

DADOS DO CUIDADOR PRINCIPAL
 Nome: _____ Parentesco: _____
 Morada: _____ Telefone: _____
 Por favor, indique se possível o endereço familiar do doente: _____

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Nome	Local de contacto	Tel.
Médico geral e familiar		
Enfermeiro		
Psicólogo		
Assistente social		

PROBLEMAS ACTUAIS
 Resposta ao problema que justifica a referenciação à equipa de Cuidados Paliativos:
 Como está o doente? _____
 Dificuldades percebidas: _____
 Necessidades não cobertas ou de outras famílias: _____
 Outras informações relevantes: _____

QUEM REFERENCIA
 Serviço: _____ Nome: _____
 Nome: _____ Nº de identificação: _____

Acções Paliativas

- Acção Paliativa entende-se como “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução”. (DGS- PNCP, 2004)
- As acções paliativas podem e devem operacionalizar-se no contexto dos hospitais de agudos e inserem-se no âmbito da responsabilidade individual de cada profissional. (ANCP, 2006)

HIGIENE ORAL

Área Essencial do Cuidar?

Sim!!!

Não !!!!



Identificação dos doentes com problemas Oraís

- Idosos;
- Tratamentos de Quimio e Radioterapia;
- Imunosupressão;
- Doença terminal;
- SNG ou PEG;
- Oxigenoterapia;
- Disfagia;

NHS (2009)

Alterações na boca das Pessoas Idosas

Alguns dos medicamentos utilizados pelos idosos no controle de doenças crónicas ou terminais, potenciam essas alterações, nomeadamente:

- diminuindo o apetite (furosemida, hidroclotiazida, digitalicos);
- aumentando o apetite (anti-histamínicos, psicotrópicos, corticosteróides);
- alterando ou diminuindo o paladar (AAS);
- alterando a absorção de nutrientes (etanol, anticonvulsivantes, barbitúricos, corticoides, isoniazida, salicilatos, sulfamidas, tetraciclina);
- diminuindo a secreção de saliva (tranquilizantes, opióides, antidepressivos);

Problemas Oraís

- Xerostomia;
- Mucosite;
- **Placas ou crostas;**
- **Infeção;**
- Outros.

Problemas Oraís

Provocam:

- Alterações no equilíbrio físico, psicológico e social;
- Distúrbio alimentares (má-nutrição, anorexia, caquexia);
- Dificuldades na comunicação;
- Quebra na relação social;
- Inibição do prazer associado à refeição.

Higiene Oral

- Após cada refeição e antes de dormir.
- Utilização de escovas de dentes infantis e macias, tanto nos dentes, como na língua com dentífrico com flúor (1500 ppm);
- Nos casos da hemorragia gengival, utilizar uma compressa enrolada no dedo indicador ou cotonetes, que embora menos eficaz na eliminação da placa bacteriana pode ser mais cómodo;

(SECPAL, 2009)

Higiene Oral

- Devem ser utilizados anestésicos tópicos em casos de úlceras dolorosas antes das refeições.
- Limpar as secreções das narinas para evitar respirar pela boca;
- Nos lábios pode ser aplicado creme de cacau, glicerina ou batom do cieiro, cujo objectivo é promover e manter a hidratação, evitando o desconforto.

(SECPAL, 2009)

Próteses Dentárias

- Deve ser dada especial atenção à limpeza das próteses dentárias, para evitar candidíase, podendo ser necessário a emersão destas em soluções de nistatina.

(SECPAL, 2009)



Estimulação de Produção Salivar

- pequenos golos de água,
- sumos de fruta com cubos de gelo,
- chupar lâminas de gelo,
- mastigar ananás,
- comprimidos de vitamina C,
- pastilhas sem açúcar,
- maçã com limão,
- infusões de camomila.

(SECPAL, 2010)

Lubrificação Oral

Quando a produção de saliva não consegue ser estimulada:

- pulverizações de água com gotas de limão ou de infusão de camomila localmente,
- salivas artificiais à base de celulose (Glandosane – Spray – Carboximetilcelulose),

a cada duas horas



(SECPAL, 2009; NHS, 2010).

Cuidados à boca

- Para inibir a formação de placa bacteriana, pode ser utilizada uma solução de clorhexidina a 0,2% ou uma solução aquosa iodada diluída, em pequena quantidade a cada doze horas, como antisséptico, reduzindo a carga bacteriana localmente.
- Adaptação da dieta (consistência, temperatura baixa, pouco ácida e não salgada);
- Evitar bebidas alcoólicas e tabaco;

(SECPAL, 2009; NHS, 2010)

Cuidados de Enfermagem

- Avaliação e monitorização da cavidade oral da pessoa internada;
- Investigar a etiologia da patologia oral;
- Intervenção através de medidas não farmacológicas;
- Praticar uma correcta higiene oral à pessoa idosa (promover e não substituir se possível) ;
- Medidas dietéticas;
- Registos de Enfermagem.

Síntese

- Melhoria da qualidade de vida do doente idoso;
- Maior e melhor articulação entre o Serviço da Cirurgia Vascular e a Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos;
- Tornar as diferentes áreas do Cuidar importantes aos olhos dos elementos da equipa multidisciplinar, prevenindo eventuais complicações para a pessoa idosa;
- Formação dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vascular.

Questões



Bibliografia

- ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos) - Organização de serviços em Cuidados paliativos - Recomendações ANCP 2006. Acedido em Junho de 2009. Consultado em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes/Organizacao_de_servicos.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Despacho Ministerial de 15-06-2004.
- DOYLE, Derek, HANKS, Geoffrey, MACDONALD, Neil. Palliative Medicine, 2nd Edition, New York: Oxford University Press, 1999. ISBN: 0-19-262366-7.
- MATZO, Marianne - Palliative Care: Prognostication and the Chronically Ill, in American Journal of Nursing, vol. 104 Issue 9, (September 2004), p. 40-50. Acedido em: 06/05/2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c4sh&AN=14492601&site=ehost-live>
- MCDONALD, N. - A march of folly : 1996. Acedido em Maio de 2010. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/188/13/1699>
- MUELLER-BUSCH, C. - Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que Eutanásia? III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos em Lisboa, na Fundação Calouste Gulbenkian. 2004.
- NETO, Isabel et al. Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

“Existe um limite para a cura e o tratamento, não para o cuidado”



Plano de sessão

TEMA: PROJECTO DE ESTÁGIO RESPONSÁVEIS: ÂNGELA CORREIA DATA/HORA: 18 de Janeiro de 2011 (15:30-16:30) LOCAL: SALA DE REUNIÕES DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DURAÇÃO: 40 minutos DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vascular		OBJECTIVOS Relativamente aos formandos pretende-se que: - 70% dos presentes sejam capazes de definir Cuidados Paliativos - 70% dos presentes sejam capazes de identificar a importância da Higiene Oral como área do cuidar em Cuidados Paliativos		
FASES	TEMPO	CONTEUDO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação ao grupo Introdução ao tema Objectivos	Método expositivo/participativo	Participação dos formandos
DESENVOLVIMENTO	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Doença Crónica; - Doença Terminal; - Cuidados Paliativos; - Objectivos dos Cuidados Paliativos; - Fases dos Cuidados Paliativos; - Questão de partida do projecto de Estágio; - Objectivo Específico do projecto de Estágio; - Equipa de Suporte intra-hospitalar de Cuidados paliativos; - Acções Paliativas; - Higiene Oral. 	Método expositivo/participativo Método demonstrativo	
CONCLUSÃO	3 minutos	Ganhos Síntese das ideias principais.	Método expositivo/participativo Entrega dos Diapositivos/ o	Ficha de Avaliação da Sessão
DISCUSSÃO	10 minutos	Discussão		

Apêndice III – Acção de Formação (2ª).

.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
1º Curso Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de
Enfermagem à Pessoa Idosa

Projecto de Estágio

**Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa,
com Doença Arterial Periférica**

ORIENTADORA: Sr.ª Prof. Graça Melo
CO-ORIENTADORA: Sr.ª Enf.ª Especialista Emília Fradique
DISCENTE: Ângela Correia nº2468

Lisboa, Janeiro de 2011

Sumário

- Doença Crónica;
- Cuidados Paliativos;
- Objectivos dos Cuidados Paliativos;
- Fases dos Cuidados Paliativos;
- Acções Paliativas;
- Equipa de Suporte intra-hospitalar de Cuidados paliativos;
- Terapêutica Subcutânea;
- Conferência Familiar.

Objectivos

- Definir Cuidados Paliativos;
- Referir as indicações da terapêutica subcutânea como área do cuidar em Cuidados Paliativos.

Doença Crónica

O avanço da medicina ao longo dos tempos, contribuiu para o aumento da longevidade da população, verificando-se um aumento de doenças crónicas, algumas das quais tornam-se incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada.

(MATZO et al, 2004)

Cuidados Paliativos

- “Visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais. São prestados por uma equipa específica.”

(OMS, 2002)

- Têm por base o tipo de necessidade e não o diagnóstico do doente.

(DOYLE et al, 1999)

Objectivo central dos Cuidados Paliativos

- Prevenir e aliviar o sofrimento;
- Proporcionar a máxima qualidade de vida possível;

Integrando:

- O controlo de sintomas;
- A comunicação adequada;
- O apoio à família;
- Apoiando-se num trabalho de equipa interdisciplinar.

(DOYLE, 1998)

Fases dos Cuidados Paliativos

Fases	Duração	Mobilidade	Objectivos	Princípios
Reabilitativa	Meses/Anos	Mantida	Restaurar a autonomia e controlar Sintomas	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	Semanas/Meses	Limitada	Promover a qualidade de vida e controlar sintomas	Apoio Social
Terminal	Dias/Semanas	Maior parte do tempo acamado	Maximizar conforto	Expectativas realistas, Reduzir o impacto da doença
Final	Horas/Dias	Essencialmente acamado	Maximizar conforto	Valorizar, aceitar e aliviar

Adap. Mueller-Busch, 2004

Acções Paliativas

- Acção Paliativa entende-se como “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução”. (PNCP, 2004)
- As acções paliativas podem e devem operacionalizar-se no contexto dos hospitais de agudos e inserem-se no âmbito da responsabilidade individual de cada profissional. (ANCP, 2006a)

O que fazer?
Existem alternativas?

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

- **Objectivos Gerais:**
 - Realizar apoio assistencial aos utentes internados;
 - Prestar apoio sob a forma de consultadoria interna aos profissionais que tenham a seu cargo utentes (internados ou não) que necessitem de CP;
 - Assegurar após a alta dos utentes e familiares acompanhados em internamento;
 - Colaborar na formação contínua, articulando com a FML aos vários grupos profissionais do HSM;
 - Apoio telefónico a utentes, familiares e profissionais de saúde de instituições integradas na Unidade de saúde Setentrional

Referenciação

- Os utentes deverão ser referenciados pelo médico assistente, podendo a necessidade de intervenção da equipa ser detectada por qualquer profissional de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social);
- O formulário de referenciação está disponível na intranet em Colaboradores – Formulários e poderá ser enviado para o e-mail: equipapaliativos@hsm.min-saude.pt, ou entregue em mão no Secretariado.

Formulário de Referenciação

The form includes the following sections:

- ESTADO DA DOENÇA:** Diagnóstico, Data do diagnóstico, Estado, Local de referenciação (se registado).
- DADOS DO DOENTE:** Nome, Sexo, NRC, Morada, Código postal, Telefone.
- MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO:** Opções include 'Doença', 'Desenvolvimento de outros sintomas', 'Apóia:', 'Apóia psicológica', 'Apóia espiritual', 'Apóia social', 'Interrupções frequentes', 'Dificuldades na comunicação', 'Apóia na tomada de decisões', 'Seguimento em Consulta Externa', 'Apóio no luto', 'Urgência de acesso (chamar profissional em 2 dias úteis)', 'Urgente', 'Não urgente', 'Se a doença está influenciando a qualidade de vida do doente?', 'Sim', 'Não'.
- DADOS DO CUIDADOR PRINCIPAL:** Nome, Parentesco, Morada, Telefone. Note: 'Por favor, indicar, se possível, o agregado familiar do doente.'
- PROBLEMAS ACTUAIS:** Recense os problemas que justificam a referenciação à equipa de Cuidados Paliativos. 'Como estão os seus?'. 'Dificuldades actuais em outros problemas físicos'. 'Dificuldades psico-sociais'. 'Necessidades das instituições ou de outros familiares'. 'Outra informação relevante:'.
- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:** Médico geral e familiar, Outros médicos, Eq. Cuidados Continuados, Assistência social, Outros.
- QUEM REFERENCIA:** Serviço, data, Nome, nº. doc., assinatura.

Terapêutica Subcutânea

Sim!!!!

Área do Cuidar

Não!!!!



Terapêutica Subcutânea - Indicações

- Fase agónica;
- Alterações da deglutição;
- Náuseas e vômitos ;
- Oclusão intestinal;
- Prostração;
- Estados confusionais;
- Grandes doses de medicação oral, incómodas e difíceis de deglutir;
- Desidratação;
- Efeitos secundários acentuados pela via oral;
- Marcada redução da absorção gastrointestinal;
- Doentes com acessos venosos débeis;

(NETO, 2008)

Terapêutica Subcutânea - Limitações

- A velocidade de administração do fármaco é determinada pela vascularização do tecido local e pela solubilidade da medicação administrada no tecido intersticial;
- Trombocitopenia e alterações graves da coagulação;
- Edemas generalizados marcados;
- Factores que condicionem a vasoconstricção periférica acentuada (ex. Hemorragias);
- Alterações generalizadas da integridade cutânea. (NETO, 2008)

Terapêutica Subcutânea - Vantagens

- Comodidade;
- Técnica pouco invasiva; Baixo risco
- Ausência/Diminuição da percentagem de complicações (ex. flebites, seromas);
- Redução da necessidade de hospitalização;
- Rentabilização dos recursos humanos (ex. Domicilio);
- Relação custo/benefício;
- Índice de absorção semelhante ao da via IM, mas com menos desconforto local associado;
- Biodisponibilidade sobreponível à da via IV;

(NETO, 2008)

Principais Fármacos Utilizados

- Analgésicos
 - AINEs: Diclofenac, Tenoxicam
 - Metamizol
 - Opióides fracos: Tramadol
 - Opióides fortes: Morfina, Metadona
- Neurolépticos: Haloperidol, Levomepromazina
- Sedativos: Midazolam
- Corticóides: Dexametasona
- Antibióticos: Ceftriaxone

Principais Fármacos Utilizados

- Anticolinérgico: Butilscopolamina
- Antieméticos: Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina
- Diuréticos: Furosemida
- Protectores gástricos: Ranitidina
- Sais minerais: Cloreto de potássio, Cloreto de sódio
- Anticonvulsivantes: Fenobarbital
- Outros: Heparina, Octreótido, Atropina, Salbutamol, Vitamina K

**Não Diluir Fármacos.
Não misturar mais de 3!**

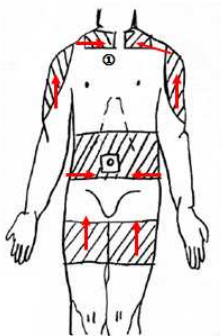
Material para a técnica

- Luvas
- Agulha epicraneana (n.º 23 a 27)
- Compressas
- Antiséptico
- Adesivo (preferencialmente, tipo “op-site”; em alternativa, outro)
- Seringa, agulha e soro (para experimentar o sistema após colocação e para ensino da técnica)
- Fármaco / Soro
- Sistema (se utilização de perfusão contínua)
- Contentor para cortantes

Técnica de Colocação

1. Lavar das mãos (também recomendada no final);
2. Escolher um local de punção:
 - a) A pele do local de punção não deve apresentar sinais inflamatórios, feridas, edemas ou sinais de infeção.
 - b) As zonas não recomendadas são as zonas mamárias e adjacentes a estas, quadrantes abdominais superiores e todas as zonas próximas de massas tumorais;
 - c) Sempre que possível deverá ser o doente a escolher o local em que pretende ser punccionado. A colocação da agulha não deve interferir com os movimentos que ele é capaz de realizar;

Locais de Punção



- Região anterior do tórax, porção infraclavicular
- Região posterior do tórax, porção intercostal
- Porção anterior e externa do braço
- Abdómen inferior
- Região anterior da coxa

Técnica de Colocação

3. Limpar o local seleccionado com iodopovidona a 10% ou álcool a 70%;
4. Com a pele limpa, fazer uma prega entre o polegar e o indicador;
5. Inserir a agulha epicraneana na prega, num ângulo de 45° com o bisel para cima; depois de inserida, rodar o bisel para baixo;
6. Fixar as alas da agulha epicraneana com adesivo, se possível, para melhor monitorização, utilizar adesivos transparentes;

Técnica de Colocação

7. No adesivo fixador da agulha epicraneana, colocar os seguintes dados: Data; Hora; Responsável pela colocação da via.
8. A agulha deve ser mudada a intervalos regulares de 5/5 a 8/8 dias, monitorizando-se regularmente os possíveis sinais inflamatórios locais e eventual presença de sangue no prolongamento, que obrigam a mudança do local de punção.
9. Os diferentes locais de punção devem distar no mínimo 3-5 cm entre si.

Hipodermoclise

- Técnica para a hidratação subcutânea de doentes, tanto no domicílio, como em internamento hospitalar.
- Em cada ponto de punção, poderão ser administrados 1000-1500cc/24h;
- Neste caso, deve evitar-se a punção nas regiões deltóides (absorção de “grandes volumes” mais diminuída) – zona preferencial: abdómen.

(NETO, 2008)

Hipodermoclise - Procedimento

- A velocidade da perfusão pode ser controlada com o conta-gotas do sistema de soro. Poderão ser administrados até 25 a 100 cc de soro/hora (sendo que 20gotas = 1ml):
- Como na via subcutânea a absorção dos soros pode por vezes ser irregular, deve-se regular o gotejo da hidratação segundo a absorção e tolerância de cada doente; no caso de edema local, reduzir o ritmo de perfusão;
- A hidratação pode ser interrompida e reiniciada a qualquer momento.

(NETO, 2008)

Soros Possíveis de Administrar

- Soros isotónicos (NaCl 0,9%; Dextrose em SF);
- Pode, também, ser administrado com os soros, KCL até 40mEq/L; e NaCl 20%;
- Com os soros, poderão ser administrados quaisquer fármacos compatíveis com a via subcutânea.

(NETO, 2008)

Apoio à Família

Área Essencial do Cuidar?

Sim!!!

Não !!!!



Conferência Familiar

- Equipa multidisciplinar;
- Abordagem global das necessidades do doente/família;
- Identificação do cuidador principal;
- Principais dificuldades dos elementos familiares face à situação actual;
- Evita falta de informação acerca da evolução da doença.

(Neto, 2003)

Conferência Familiar

Correcta avaliação das necessidades dos cuidadores

- Informação honesta, realista e adaptada sobre a doença e as terapêuticas, e sobre os recursos de apoio;
- Respeito pelas suas crenças, valores culturais e espirituais e atitudes;
- Disponibilidade e apoio emocional por parte da equipa;
- Participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente;
- Expressar sentimentos, reparar relações;
- Certificar-se que são prestados todos os cuidados devidos.

(Neto, 2003)

Síntese

- Melhoria da qualidade de vida do doente idoso;
- Maior e melhor articulação entre o Serviço da Cirurgia Vascular e a Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos;
- Tornar as diferentes áreas do Cuidar importantes aos olhos dos elementos da equipa multidisciplinar, prevenindo eventuais complicações para a pessoa idosa;
- Formação dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vascular.

Questões



Bibliografia

- ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos) - **Organização de serviços em Cuidados paliativos – Recomendações ANCP**. 2006. Acessado em Junho de 2009. Consultado em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes/Organizacao_de_Servicos.pdf.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Despacho Ministerial de 15-06-2004.
- DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; MACDONALD, Neil - **Palliative Medicine**, 2nd Edition, New York: Oxford University Press, 1999. ISBN:0-19-262566-7.
- MATZO, Marianne – **Palliative Care: Prognostication and the Chronically Ill**, in: **American Journal of Nursing**, vol. 104 Issue 9, (September 2004), p.40-50. Acessado em: 06/05/2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=14498601&site=ehost-live>
- MCDONALD, N. - **A march offolly**. 1998. Acessado em Maio de 2010. Disponível em: <http://www.cnsj.ca/cgi/reprint/158/13/1699>
- MUELLER BUSCH, C. – **Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que Eutanásia?** III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos em Lisboa, na Fundação Calouste Gulbenkian. 2004.
- NETO, Isabel e et al - **Manual de Cuidados Paliativos**. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

“Existe um limite para a cura e o tratamento, não para o cuidado”



Plano de sessão

TEMA: PROJECTO DE ESTÁGIO RESPONSÁVEIS: ÂNGELA CORREIA DATA/HORA: 28 de Janeiro (15:30-16:30) LOCAL: SALA DE REUNIÕES DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DURAÇÃO: 40 minutos DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vascular			OBJECTIVOS Relativamente aos formandos pretende-se que: - 70% dos presentes sejam capazes de definir Cuidados Paliativos - 70% dos presentes sejam capazes de identificar as indicações para realizar a técnica subcutânea como área do cuidar em Cuidados Paliativos.	
FASES	TEMPO	CONTEÚDO	ESTRETÉGIAS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação ao grupo Introdução ao tema Objectivos	Método expositivo/participativo	Participação dos formandos
DESENVOLVIMENTO	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Doença Crónica; - Doença Terminal; - Cuidados Paliativos; - Objectivos dos Cuidados Paliativos; - Fases dos Cuidados Paliativos; - Questão de partida do projecto de Estágio; - Objectivo Específico do projecto de Estágio; - Equipa de Suporte intra-hospitalar de Cuidados paliativos; - Acções Paliativas; - Terapêutica subcutânea. 	Método expositivo/participativo Método demonstrativo	
CONCLUSÃO	3 minutos	Ganhos Síntese das ideias principais.	Método expositivo/participativo Entrega dos Diapositivos/ o	Ficha de Avaliação da Sessão
DISCUSSÃO	10 minutos	Discussão		

Apêndice IV – Questionário de Diagnóstico de Áreas de Cuidar.

Projecto de Estágio

Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica

Discente:

Ângela Correia (ESEL, Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa Idosa)

QUESTIONÁRIO

Cuidados Paliativos são "Cuidados activos e globais a doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo e no qual é fundamental o controle da dor e outros sintomas, apoio espiritual, psicológico e social com a melhor qualidade de vida para o doente e família" (OMS, 1990).

Este questionário enquadra-se no Processo de Diagnóstico de Necessidades em Cuidados Paliativos, dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vasculuar I do CHLN, que se encontra a ser elaborado no âmbito do Projecto de Estágio "Cuidados Paliativos na Pessoa Idosa com Doença Arterial Periférica"

Desde já agradeço o tempo dispensado no preenchimento do presente questionário.

1. Cuidados Oraais:

1.1 Pratica cuidados orais aos doentes?

Sim

Não

1.2. Regista esses cuidados no diário de enfermagem?

Sim

Não

2. Terapêutica Subcutânea:

2.1 Já teve algum doente internado com acesso Subcutâneo?

Sim

Não

Data: 28/09/2010

Obrigada pela sua Atenção e Colaboração.

ANEXOS

Anexo I – Carta de Autorização do Sr. Presidente da Comissão de Ética e da Sr.^a Enf.^a Directora do CHLN – HSM para a realização do Estudo de Investigação.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
Pulido Valent

Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

Membros

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elisa Pedro

Padre Fernando Sampaio

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Nogueira

Mestre Enfª. Isabel Côte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora

Enfermeira Ângela Correia

Serviço de Cirurgia Vasculuar I

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2011

Assunto: Projecto de Investigação “Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial periférica” no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 19 de Janeiro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar anuência do Director do Serviço envolvido, actualmente verificada.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

Exma. Senhora
Enfermeira Ângela Correia
Serviço de Cirurgia Vasculiar I
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA - 10.MAR.2011 - 0179

Assunto: Projecto de Investigação “Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com Doença Arterial periférica”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 3 de Março de 2011.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

Exma. Sra
Enf.^a Ângela Raquel Neves Correia
Serviço de Cirurgia Vascolar

ASSUNTO: Autorização para a realização do Projecto de Estágio subordinado à temática “Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com doença Arterial Periférica” a efectuar no âmbito da obtenção do grau académico de Mestre do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização do Projecto de Estágio subordinado à temática “Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa com doença Arterial Periférica” a efectuar no âmbito da obtenção do grau académico de Mestre do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 25 de Fevereiro de 2011

A Enfermeira Directora

Catarina Bataco
Catarina Bataco
Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Anexo II – Certificado de Formação Profissional.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec.Reg. n.º 35/2002, de 23 de Abril)

CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001

Certifica-se que, **Ângela Raquel Neves Correia**, natural de Lisboa, nascido(a) a 09-10-1981, nacionalidade portuguesa, do sexo feminino, portador(a) do documento de identificação Bilhete de Identidade n.º 11936300, emitido por Lisboa em 09-01-2008, concluiu, com aproveitamento, em 01-10-2010, o Curso de Formação Profissional

Medicina Paliativa: Abordagem Multidisciplinar

que decorreu de 20-09-2010 a 01-10-2010, com a duração total de 40 horas, tendo obtido a classificação de Muito Bom, numa escala de Insuficiente a Muito Bom

Lisboa, 11 de Novembro de 2010

O Responsável pela Entidade Formadora

Centro de Formação
A Directora

Ângela Raquel Neves Correia de Freitas e Costa

Certificado N.º 0807/10



Modalidade de Formação: Formação de Aperfeiçoamento

Área de Formação: 729. Saúde – Programas não classificados noutra área de formação

Competências Adquiridas: Desenvolver uma abordagem do doente em situação terminal, assente nos princípios e filosofia dos cuidados paliativos; adequar as medidas terapêuticas ao controlo dos sintomas; aplicar estratégias de comunicação com o doente/família/equipa multidisciplinar, com vista á obtenção de uma maior eficácia; Tomar decisões no respeito pelos limites de intervenção em Medicina Paliativa e pelos princípios éticos aplicáveis.

PLANO CURRICULAR – 40 HORAS

(Designação das unidades temáticas)	Horas
1. Introdução ao Curso	
2. Fundamentos dos Cuidados Paliativos	4h00
3. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	
4. Avaliação de Necessidades em Cuidados Paliativos	3h00
5. Nutrição em Cuidados Paliativos	1h00
6. Comunicação em Cuidados Paliativos	4h00
7. Espiritualidade	1h00
8. Controlo de sintomas: avaliação e registos	
9. Controlo de sintomas: - Dor	4h00
10. Controlo de sintomas: - Náuseas e vómitos - Obstipação - Delírium - Dispneia	4h00
11. Cuidados na Agonia	3h00
12. Via Subcutânea, uma alternativa	2h00
13. Lesões do sistema tegumentar: - Úlceras de pressão - Feridas malignas	2h00
14. Apoio no luto	4h00
15. Apoio Social	2h30
16. Fisioterapia em Cuidados Paliativos	1h30
17. Teste escrito	
18. Avaliação do Curso	4h00

OBSERVAÇÕES:

Anexo III – Avaliação do Estágio no Hospital Residencial do Mar.

Avaliação do estágio

” Cuidados Paliativos à Pessoa Idosa”

A aluna Ângela Correia integrou-se com facilidade na equipa multidisciplinar, estabelecendo com facilidade uma relação empática com os clientes e família.

Demonstrou conhecimentos adequados face aos objectivos propostos no seu projecto de estágio, sendo proactiva no seu percurso de aprendizagem.

Consideramos que durante este estágio, entre 1 de Outubro e 30 de Novembro de 2010 (160 horas), sedimentou conhecimentos relativamente à prestação de cuidados paliativos à pessoa idosa, especialmente nas duas áreas que eram o seu foco de acção: cuidados à boca e técnica de administração terapêutica subcutânea.

Para além da prestação directa de cuidados participou em conferências familiares e reuniões multidisciplinares, o que lhe permitiu integrar de uma forma mais completa a filosofia de cuidados da instituição.

Por tudo isto, pensamos que a Ângela atingiu os objectivos a que se propôs, realizando um estágio de nível Muito Bom.

Enfermeiras orientadoras:


Inês Dinis Azevedo

Raquel Pires

Prof Orientador
M. J. Rebelo
(brasa Belo)

Inês Dinis Azevedo
Raquel Pires

Anexo IV – Protocolo de Avaliação das Necessidades em Cuidados Paliativos – Sinalização à Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLN.

	Unidade de Medicina Paliativa
<h2 style="margin: 0;">Avaliação das Necessidades em Cuidados Paliativos</h2> <h3 style="margin: 0;">Sinalização Equipa Intrahospitalar de Cuidados Paliativos</h3>	

Serviço: _____

Dados do Doente:

Nome: _____ Idade: _____

Telefone: _____ NSC: _____ ;

Diagnóstico: _____

Nome do cuidador principal: _____ Idade: _____ Contacto: _____

Parentesco: _____

Centro de Saúde: _____

Médico de Família: _____

Seguido por ECC::Sim

CrITÉrios de Selecco para Cuidados Paliativos:

Doença incurável ou progressiva:

- Doença Arterial Periférica (Desarticulao da coxa);
- Insuficiência de órgão em Estádio Avançado;
- Neoplasias (Disseminada, recidiva);
- Outro;

Motivo de Referenciao:

<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Apoio psicológico	<input type="checkbox"/> Apoio na tomada de decises
<input type="checkbox"/> Descontrolo de outros sintomas	<input type="checkbox"/> Apoio espiritual	<input type="checkbox"/> Apoio no luto
<input type="checkbox"/> Agonia	<input type="checkbox"/> Apoio social	<input type="checkbox"/> Dificuldades na comunicao
<input type="checkbox"/> Seguido em consulta externa de Cuidados Paliativos		<input type="checkbox"/> Readmisses frequentes

Profissionais envolvidos:

Médico: _____

Enfermeiro: _____ **Data:** ___ / ___ / ___

Nota: A referência de novos doentes  sempre efectuada pelo médico através do preenchimento da "Folha de Referenciao  Equipa Intrahospitalar de Cuidados Paliativos existente na Intranet"

Avaliação Sintomática:

Escala de Autoavaliação de sintomas												
"Edmonton Symptom Assessment Scale"												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Outros _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Preenchido por: _____						Data e hora: _____						

Nota: A preencher pelo profissional de saúde

Contactos da EIHS CP:

- En^ª Amélia Matos (Enfermeira Chefe) – 99803 / 961346162
- En^ª Emília Fradique (Enfermeira Graduada) - 99800 / 961346159
- En^ª Dulce Oliveira (Enfermeira Graduada)- 99114
- Extensão da Unidade de Medicina Paliativa: 55599
- Secretariado – 55360 / 91153
- Mail: equipapaliativos@hsm.mni-saude.pt

Horário de funcionamento: Das 8:00 às 16:30 (2^a - 6^aF)

Avaliação:

O médico realizou referênciação: Sim Não

Assinatura: _____

Data: _____

Anexo V – Indicadores de Cuidados Paliativos.



Identifying patients for supportive and palliative care



Supportive & Palliative Care Indicators Tool

1. Ask

Does this patient have an advanced long term condition, a new diagnosis of a progressive life limiting illness, or both?	Yes
Would you be surprised if this patient died in the next 6-12 months?	No

2. Look for one or more general clinical indicators

- Performance status poor (limited self care; in bed or chair over 50% of the day) or deteriorating.
- Progressive weight loss (>10%) over the past 6 months.
- Two or more unplanned admissions in the past 6 months.
- Patient is in a nursing care home or NHS continuing care unit; or needs more care at home.

3. Now look for two or more disease related indicators

Heart disease	Respiratory disease	Cancer
NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease.	Severe airways obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity < 60%, transfer factor <40%).	Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/ or co-morbidities.
Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion.	Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2 < 7.3 kPa).	Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment.
Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy.	Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.	Neurological disease
Systolic blood pressure < 100mmHg and /or pulse > 100.	Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy.	Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.
Renal impairment (eGFR <30 ml/min).	Symptomatic right heart failure.	Symptoms which are complex and difficult to control.
Cardiac cachexia.	Low body mass index (< 21).	Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia.
Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months.	Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure.	Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.
Kidney disease	Liver disease	Dementia
Stage 5 chronic kidney disease (eGFR< 15ml/min).	Advanced cirrhosis with one or more complications: intractable ascites, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, bacterial peritonitis, recurrent variceal bleeds.	Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully.
Conservative kidney management due to multimorbidity.	Serum albumin < 25g/l and prothrombin time raised or INR prolonged.	Increased eating problems; now needing pureed/ soft diet or supplements or tube feeding.
Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency.	Hepatocellular carcinoma.	Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.
Not starting dialysis following failure of a renal transplant.		Urinary and faecal incontinence.
New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment.		

4. Assess patient & family for supportive & palliative care needs/ goals. Plan care.

Prognostic Indicator Guidance

Revised Vs 5. Sept 08

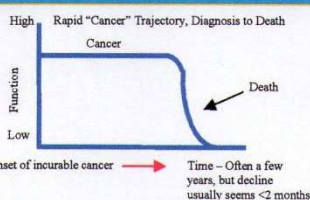
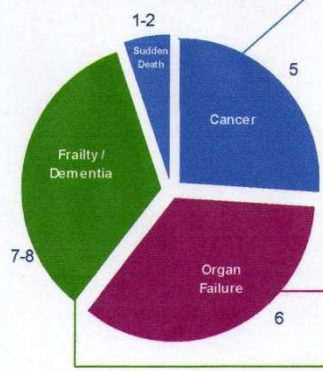
“Earlier recognition of people nearing the end of their life leads to earlier planning and better care”
Guidance to enable better identification of patients who may need supportive/palliative care

About 1% of the population die each year, yet it is intrinsically difficult to predict or identify which patients may be in their last year of life. If predicted earlier, some supportive care measures could be introduced that would enable earlier discussion of their wishes, improve care aligned to their preferences and fewer crises. In short, if we could better identify these patients, we might be more able to provide better care for them as they approach the end of their lives. This guidance paper suggests which adult patients with any condition predicted to be in the final 6-12 months of life might be in need of supportive/palliative care. It was developed originally to support primary care teams using the Gold Standards Framework (GSF) and Quality Outcome Framework (QOF) to include more appropriate patients on their Palliative/Supportive Care Registers, and thereby to encourage better prediction of possible need and provision of care. The focus is more on improving prediction of need for support, rather than pure prognostication of time remaining. Though all prognostication is inherently inexact, and as people live longer with more co-morbid conditions, there can be disparity between levels of care provided to patients with different diagnoses. This guidance aims to help clinicians to support more patients nearing the end of life, whatever their underlying illness. It contributes to the development of accepted indicators for patients in the last months/year of life, which will aid identification of such patients and promote excellence in end of life care.

Three triggers for Supportive/ Palliative Care are suggested - to identify these patients we can use any combination of the following methods:

- 1. The surprise question** ‘Would you be surprised if this patient were to die in the next 6-12months’ - an intuitive question integrating co-morbidity, social and other factors. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve their quality of life now and in preparation for the dying stage. The surprise question can be applied to years/months/weeks/days and trigger the appropriate actions at each stage ie “the right think to happen at the right time”
- 2. Choice/ Need** - The patient with advanced disease makes a **choice** for comfort care only, not ‘curative’ treatment, or is in special **need** of supportive / palliative care eg refusing renal transplant
- 3. Clinical indicators** - Specific indicators of advanced disease for each of the three main end of life patient groups - cancer, organ failure, elderly frail/ dementia (see over)

GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr (approximate proportions)



Typical Case Histories



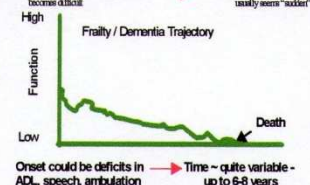
1) Mrs A - A 54 year old woman with cancer of colon with liver secondaries and requiring a stent for jaundice who is feeling increasingly weak and tired. Likely rapid decline



2) Mr B - A 76 year old man with heart failure with increasing breathlessness on walking who finds it difficult to leave his home has had 2 hospital admissions in the last year and is worried about the prospect of any more emergencies and coping in the future



3) Mrs C - An 81 year old lady with COPD, heart failure, osteoarthritis and increasing forgetfulness, who lives alone. She fractured her hip after a fall, eats a poor diet and finds mobility difficult. She wishes to stay at home but is increasingly unable to cope alone and appears to be 'skating on thin ice'. Likely slow decline, difficult to predict dying phase. Common picture in care homes



The Department of Health's new End of Life Care Strategy July 08 suggests development of a care pathway begins with the "identification of people approaching the end of life and initiating discussions about preferences for end of life care" (Exec.Summary 9 p.11). It also suggests use of this guidance to support such early identification "For many people suffering from a chronic illness a point is reached where it is clear that the person will die from their condition. Despite this, for many conditions it may be difficult, if not impossible and potentially unhelpful, to estimate prognosis accurately. The Prognostic Indicator Guidance developed as part of the Gold Standards Framework (GSF) provides useful prompts or triggers to a healthcare professional that discussions about the end of life should be initiated, if this has not already happened". (3.22)

Trigger 3 – Specific clinical indicators of advanced disease

These clinical prognostic indicators are an attempt to estimate when patients have advanced disease or are in the last year or so of life. These are only indicators and must be interpreted with clinical judgement for each individual patient, but they can help to alert clinicians to the need for extra supportive care. They have been drawn from a number of expert sources from the UK and abroad, and are updated regularly. Some use such indicators routinely, to assess patients' need for palliative/supportive/hospice care. Although these are intrinsically only a very approximate guide to prognosis, these clinical indicators can therefore act as a rough guide to indicate to those in primary care and in secondary services that patients may be in need of palliative / supportive care. Primary care teams may include these patients on their Supportive/palliative care registers and hospital staff may suggest to GPs in discharge letters that such patients are included on the registers, if helpful.

Co-morbidities or other General Predictors of End Stage illness^{1/2}

Co-morbidity is increasingly the biggest predictive indicator of mortality and morbidity. Also-

- Weight loss - Greater than 10% weight loss over 6 months
- General physical decline
- Serum Albumin < 25 g/l
- Reducing performance status / ECOG/Karnofsky score (KPS) < 50%. Dependence in most activities of daily living(ADLs)

1. Cancer Patients

Cancer³

Any patient whose cancer is metastatic or not amenable to treatment, with some exceptions – this may include some cancer patients from diagnosis e.g. lung cancer. 'The single most important predictive factor in cancer is performance status and functional ability' – if patients are spending more than 50% of their time in bed/lying down, prognosis is estimated to be about 3 months or less. More exact predictors for cancer patients are available elsewhere on the GSF website.

2. Organ Failure Patients

2.1 Heart Disease - CHF⁴

At least two of the indicators below :-

- CHF NYHA stage III or IV – shortness of breath at rest or minimal exertion
- Patient thought to be in the last year of life by the care team - the 'surprise' question
- Repeated hospital admissions with symptoms of heart failure
- Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated therapy

2.2 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD⁵

- Disease assessed to be severe e.g. (FEV1 <30%predicted – with caveats about quality of testing)
- Recurrent hospital admission (>3 admissions in 12 months for COPD exacerbations)
- Fulfills Long Term Oxygen Therapy Criteria
- MRC grade 4/5 – shortness of breath after 100 meters on the level or confined to house through breathlessness
- Signs and symptoms of right heart failure
- Combination of other factors e.g. anorexia, previous ITU/NIV/resistant organism, depression
- >6 weeks of systemic steroids for COPD in the preceding 12 months

2.3 Renal Disease⁶

- Patients with stage 5 kidney disease who are not seeking or are discontinuing renal replacement therapy. This may be from choice or because they are too frail or have too many co-morbid conditions.
- Patients with stage 5 chronic kidney disease whose condition is deteriorating and for whom the one year 'surprise question' is applicable ie overall you would not be surprised if they were to die in the next year?
- Clinical indicators:
 - CKD stage 5 (eGFR <15 ml/min)
 - Symptomatic renal failure -Nausea and vomiting, anorexia, pruritus, reduced functional status, intractable fluid overload)
- Increasingly severe symptoms from comorbid conditions requiring more complex management or difficult to treat NB. many people with Stage 5 CKD have stable impaired renal function and do not progress or need RRT.

2.4 Neurological Disease - a) Motor Neurone Disease⁷

MND patients should be included from diagnosis, as it is a rapidly progressing condition

Indicators of rapid deterioration include:

- Evidence of disturbed sleep related to respiratory muscle weakness in addition to signs of dyspnoea at rest
- Barely intelligible speech
- Difficulty swallowing
- Poor nutritional status
- Needing assistance with ADL's
- Medical complications eg pneumonia, sepsis
- A short interval between onset of symptoms and diagnosis
- A low vital capacity (below 70% of predicted using standard spirometry)

The presence of 2 or more of the criteria in Parkinson disease should trigger inclusion on the Register

- Drug treatment is no longer as effective / an increasingly complex regime of drug treatments
- Reduced independence, need for help with daily living
- Recognition that the condition has become less controlled and less predictable with "off" periods
- Dyskinesias, mobility problems and falls
- Swallowing problems
- Psychiatric signs (depression, anxiety, hallucinations, psychosis)

c) Multiple Sclerosis⁹

Indications of deterioration and inclusion on register are:-

- Significant complex symptoms and medical complications
- Dysphagia (swallowing difficulties) is a key symptom, leading to recurrent aspiration pneumonias and recurrent admissions with sepsis and poor nutritional status
- Communication difficulties e.g. Dysarthria ± fatigue
- Cognitive impairment notably the onset of dementia
- Breathlessness may be in the terminal phase

3. Patients with Frailty and Dementia

Frailty¹⁰

- Multiple comorbidities with signs of impairments in day to day functioning
- Deteriorating functional score eg EPOC/ Karnofsky
- Combination of at least 3 symptoms of: weakness, slow walking speed, low physical activity, weight loss, reduced weight loss, self reported exhaustion

Dementia¹¹

- Unable to walk without assistance, and
- Urinary and fecal incontinence, and
- No consistently meaningful verbal communication, and
- Unable to dress without assistance
- Barthel score < 3
- Reduced ability to perform activities of daily living

Plus any one of the following:

10% weight loss in previous six months without other causes, Pyelonephritis or UTI, Serum albumin 25 g/l, Severe pressure scores eg stage III / IV, Recurrent fevers, Reduced oral intake / weight loss, Aspiration pneumonia

Stroke¹²

- Persistent vegetative or minimal conscious state / dense paralysis / incontinence
- Medical complications
- Lack of improvement within 3 months of onset
- Cognitive impairment / Post-stroke dementia

Functional scores- 1) Karnofsky Performance Status Score

The Karnofsky score, measures patient performance of activities of daily living. Score Function

100	Normal, no evidence of disease	50	Requires considerable assistance
90	Able to perform normal activity with only minor symptoms	40	Disabled, requires special assistance
80	Normal activity with effort, some symptoms	30	Severely disabled
70	Able to care for self but unable to do normal activities	20	Very sick, requires active supportive treatment
60	Requires occasional assistance, cares for most needs	10	Moribund

2) WHO/ ECOG Performance Status¹³

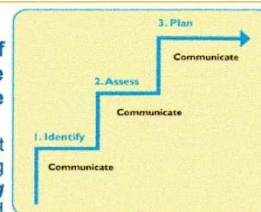
- 0 Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
- 1 Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light housework, office work
- 2 Ambulatory and capable of self care but unable to carry out work activities: upright more than 50% of waking hours
- 3 Capable of only limited self care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
- 4 Completely disabled, cannot carry on any self care, totally confined to bed or chair
- 5 Dead

Prognostication or Prediction of need. Prognostication is inherently difficult and inaccurate, even when informed by objective clinical indicators, and the trend is usually to over-estimate prognosis and to under-estimate planning for possible need, especially for those with non-cancer illnesses. The aim of this paper is to enable better identification of patients who may need supportive/ palliative care. It focuses more on pragmatically and instinctively improving prediction of decline, leading to better anticipation of need for support, and less on pure prognostication of time remaining, for which there is much more accurate guidance available (see GSF website). In anticipating this possible deterioration, earlier discussions about preferences and needs can be initiated; some practical measures could be introduced leading to prevention of crises and referral sought for extra help or advice. The aim of such Advance Care Planning discussions, is to seek out their particular unmet needs and preferences, sometimes previously unvoiced, enabling more people to live out the final stage of life as they wish. We suggest a change towards instinctive, anticipatory and 'insurance-type' thinking, rather than pure prediction of likely timescale, so that appropriate support and care can be mobilised. We know that some attempt to improve this prediction, however inaccurate, is key to beginning the process that leads to better end of life care for all.

How to use this Guidance

This Guidance document aims to clarify triggers for consideration of patients in need of supportive/palliative care. This is not attempting to answer the question 'how long have I got?' but more in answer to the question 'what can we do?', and is in response to the common way of thinking 'Hope for the best but prepare for the worst'.

The main processes used in GSF are to identify, assess, plan, and at all times communicate about patient care and preferences. Use of this guidance might enable better **identification** of patients nearing the end of their lives i.e. in the last 6-12 months of life, to trigger better **assessment** and **pre-planning** e.g. holistic needs assessment, Advance Care Plans, and the appropriate management care plan and provision of **supportive care** related to their **needs**.



For primary care teams, this is the first step towards developing a Supportive/ Palliative Care Register, now part of QOF palliative care points in the GMS contract. For more details of suggestions for claiming the QOF points, templates etc see the www.goldstandardsframework.nhs.uk/gp_contract.php. For those using the Gold Standards Framework (GSF), this might trigger inclusion of more non-cancer patients in the current Supportive Care Register. Of course, not all of these tests are performed in primary care, but GPs/DNs collate information from hospitals and, together with their own holistic assessment, form an overall view of a patient's likely prognosis. N.B: It can be much harder to predict whether patients in the third category of frail elderly patients are nearing end of their lives, as they are intrinsically more complex and vulnerable, with a more chronic variable illness trajectory. We do not suggest necessarily that all patients in this third category are included on the GSF Supportive Care Register, unless they fulfil the other criteria of co-morbidity, need or predicted decline, but we are suggesting that more non-cancer organ failure patients be included i.e. with Heart Failure and COPD, to the expected prevalence or to represent at least half the patients in the Supportive Care registers

For hospital teams, in addition to accessing supportive/palliative care services and consideration of supportive measures, it would also be helpful to notify the GP/Primary care team that this patient has advanced disease and could be included on their Supportive/Palliative Care Register.

For specialist palliative care/ hospice teams - Although traditionally focussed mainly on cancer patients, specialist palliative care now extends to patients with non-cancer illnesses. There is greater collaboration with other teams e.g. heart failure nurses, to provide best patient care, and these indicators may help clarify referrals.

For PCTs /Commissioners/managers etc - This could be used as part of an End of Life care strategic plan for the area, with improved provision of services for all patients nearing the end of life. **NB Long Term Conditions**. There is a strong overlap with care for patients with Long Term Conditions and prediction of unplanned admissions to hospital and that of patients with advanced disease in the last year of life. This is especially true for patients with heart failure or COPD. Close collaboration with Case Managers to support good end of life care is very important.

For Care Homes - Use of some broad prognostic indicators has been found to help identify patients most in need in some care homes, and help focus care and trigger key actions (see below and GSF Care Homes on website)

Examples of prognostic indicators used as part of patient needs assessment

Patients have differing requirements at varying stages of their illness. Some GPs categorise their patients on the Supportive Care Register according to estimated prognosis and need, and colour code them accordingly. Care Homes using the GSF for Care Homes Programmes have also found the intuitive grouping of their residents to be very helpful. Although only a rough guide, this helps teams 'awareness of patients' varying needs, focuses care to ensure that the right care is directed at the right time, ensures regular review, and triggers key actions at each stage. A needs/support plan is therefore developed. Suggested prognostic coding could be:

<p>A - 'All' Stable Years + prognosis</p>	<p>B - 'Benefits' eg DS1500 Unstable / frequent exacerbations Months prognosis</p>	<p>C - 'Continuing Care' Deteriorating Weeks prognosis</p>	<p>D - 'Days' Dying / terminal phase Days prognosis</p>
---	--	--	---

The use of means of estimating approximate prognosis and need i.e. the intuitive 'surprise' question, needs/choice based care, and these clinical indicators, may help to ensure that patients with advanced illness receive higher quality proactive care and support as they near the end of their lives.

Development of this guidance paper. This paper was developed and later fully revised following wide consultation with a large number of specialist clinical bodies, special interest groups, national disease associations, Royal College of General Practitioners and major palliative care texts. We were helped also by considering prognostic indicators from other countries eg USA, used to trigger referral of non-cancer patients to hospice/palliative care. Since its first development in June 06, this 'PIG' paper has been widely used by clinicians nationally and internationally, by GPs in the UK (90% of whom now have supportive/palliative care registers), by care homes' staff, researchers and many others. We undertake regular reviews and would be pleased to receive any comments or ideas for improvements or example of usage. The accompanying Needs Support Matrixes are also in development for most conditions.

Further information and other prognostic guidance is available from www.goldstandardsframework.nhs.uk
Prof Keri Thomas, Dr Amanda Free and members of the National GSF Centre info@goldstandardsframework.nhs.uk

References

- The 'Surprise question' was first developed and expounded by Prof Joanne Lynn, RAND Lecturer USA and senior advisor on end of life care.
- Others from Community Hospices: www.communityhospices.org/assets/TWH_indicator_crd6.pdf
- Hospice Referral Guidelines adapted from AMJ of Hospice and Palliative Care, Sept/Oct 1997, NHO guidelines
- Weissman, MD. Determining prognosis in advanced cancer. Fast Fact and Concept #13; 2nd Edition, July 2005. End-of-Life Palliative Education resource Center
- NHS Modernisation Agency- Coronary Heart Disease Collaborative (December 2004) Palliative and Supportive Care in Heart Failure: [www.heart.nhs.uk](http://www.heart.nhs.uk/ser/ceimprovement/1338/4668/Palliative%20Care%20Framework.pdf)
- Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence. London. (February 2004) British Thoracic Society Long term Oxygen Therapy Criteria www.brit-thoracic.org.uk/cgi-bin/showpage.cgi
- Communication from the broad renal multi professional team and nominated by the renal association, renal advisory group of the NSF, British Renal Society, and British Transplant Society. www.britisrenal.org
- Communication from Tricia Holmes, Director of Care Development at Motor Neurone Disease Association: www.mndassociation.org
- Communication from The Just Invisible Report on Parkinsons Disease Society; 2005
- MS and Palliative Care A guide for health and Social Care Professionals Chapter 2 pg 12 (2006)
- Gaub, Mary Gunter, Prosi, Evan, Bomar, Marilee, Farid, Reza, El al., 2004. Efficacy of Balance and Flexibility Intervention in a Frail Female Centenarian. Journal of Geriatric Physical Therapy. Available from: www.findarticles.com/b/articles/mi_qn4055/is_200301/ai_n9465425
- Barthel Score: Barthel's index of activities of daily living (BAI), <http://www.patient.com.uk/showdoc/40001654/>
- Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I (2005) Oxford Handbook of Palliative Care: Oxford University Press
- Am. J. Clin. Oncol.:Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

